

Utilisez cette annexe uniquement si un membre du ménage est éligible à la couverture santé d'un emploi. Cela inclut le conjoint et les personnes à charge qui sont éligibles à la couverture santé parrainée par l'employeur, même si l'employé ne figure pas sur la demande de couverture santé. Contactez l'employeur qui offre une couverture pour vous aider à répondre à ces questions.

Remplissez et envoyez cette page (une pour chaque emploi offrant une couverture) avec votre demande de couverture santé.

Informations EMPLOYÉ

1. Nom de l'employé (prénom, deuxième prénom, nom de famille)	2. Numéro de sécurité sociale de l'employé
---	--

Renseignements sur l'EMPLOYEUR

3. Nom de l'employeur	4. Numéro d'identification de l'employeur (EIN)	
5. Adresse de l'employeur		
6. Ville	7. État	8. Code postal
9. Nom du contact de l'employeur	10. Numéro de téléphone du contact de l'employeur	
11. E-mail de contact de l'employeur		

À qui cet employeur offre-t-il une couverture ?

12. Cet employeur offre-t-il actuellement une couverture à toute personne figurant sur votre demande de couverture santé ?

- OUI. Si oui**, indiquez les noms des personnes à qui la couverture est **offerte** ou qui sont **inscrites** à la couverture offerte par cet employeur : **(Cochez la case si une couverture est offerte et/ou si vous êtes inscrit à une couverture pour chaque personne ci-dessous)**

Nom : _____ Offert Inscrit

Nom : _____ Offert Inscrit

- NON. Si non**, arrêtez d'utiliser cette annexe.

Parlez-nous du plan de santé offert par cet employeur

13. Pour le plan le moins cher qui répond à la norme de valeur minimale* offert **uniquement à l'employé** (n'inclut pas les plans familiaux) : Si l'employeur a mis en place des programmes de bien-être, indiquez la prime que l'employé paierait s'il bénéficiait de la réduction maximale pour tout programme de sevrage tabagique et s'il ne bénéficiait d'aucune autre réduction liée à des programmes de bien-être.

- a. Quel serait le montant des primes à payer par l'employé pour ce plan ? \$ _____
- b. À quelle fréquence ? Hebdomadaire Toutes les 2 semaines Deux fois par mois
 Mensuel Trimestriel Annuel

14. Quel changement l'employeur apportera-t-il pour le nouvel exercice (s'il est connu) ?

- L'employeur n'offrira pas de couverture santé. Si oui, quel est le dernier jour de couverture ? _____
- L'employeur commencera à offrir une couverture santé à ses employés ou modifiera la prime du plan le moins cher disponible uniquement pour l'employé qui répond à la norme de valeur minimale.* (La prime doit refléter la réduction pour les programmes de bien-être. Voir question 13.)
- a. Quel est le montant des primes que l'employé devra payer pour ce plan ? \$ _____
- b. À quelle fréquence ? Hebdomadaire Toutes les 2 semaines Deux fois par mois
 Mensuel Trimestriel Annuel
- c. Date de changement : _____
- L'employeur continuera d'offrir une couverture santé. Si oui, envisagez-vous de souscrire à cette couverture ?
- Oui. Si oui**, quand la couverture commencera-t-elle ? _____
- Non. Si non**, quand la couverture prendra-t-elle fin ? _____

*Un régime de santé parrainé par l'employeur répond à la « norme de valeur minimale » si la part du régime du coût total des prestations autorisées couvertes par le régime n'est pas inférieure à 60 pour cent de ces coûts (Section 36B(c)(2)(C)(ii) de l'Internal Revenue Code de 1986)

Si vous avez besoin d'aide pour votre candidature ou pour postuler plus rapidement en ligne, rendez-vous sur le site www.kynect.ky.gov ou appelez le **1-855-4kynect (459-6328)**. Para ayuda en Español, llame gratis al 1-855-4kynect (459-6328).