

Медицинское страхование по месту работы

Используйте данное приложение только в том случае, если кто-то из членов семьи имеет право на медицинское страхование по месту работы. Сюда входят(а) супруг и иждивенцы, которые имеют право на медицинское страхование, спонсируемое работодателем, даже если сотрудник не указан в заявлении на медицинское страхование. Свяжитесь с работодателем, который предлагает страховое покрытие, и он поможет вам ответить на эти вопросы.

Заполните и отправьте данную страницу (по одной для каждой вакансии, на которую распространяется страховое покрытие) вместе с заявлением на медицинское страхование.

Информация о СОТРУДНИКЕ

1. Имя сотрудника (имя, отчество, фамилия)	2. Номер социального страхования сотрудника
--------------------------------------------	---------------------------------------------

Информация о РАБОТОДАТЕЛЕ

3. Имя работодателя	4. Идентификационный номер работодателя (EIN)		
5. Адрес работодателя			
6. Город	7. Штат	8. Почтовый индекс	
9. Контактное имя работодателя		10. Контактный номер телефона работодателя	
11. Контактный адрес электронной почты работодателя			

Кому предлагается страховое покрытие от данного работодателя?

12. **Предлагает** ли данный работодатель в настоящее время страховое покрытие кому-либо, указанному в вашем заявлении на медицинское страхование?

- ДА. Если да**, перечислите имена лиц, которым **предлагается** страховое покрытие **или** которые **включены** в страховое покрытие, предлагаемое данным работодателем: **(Отметьте галочкой поле, если предлагается страховое покрытие и/или оно зарегистрировано для каждого человека, указанного ниже)**

Имя: _____ Предлагается Имя: _____ Предлагается
 Зарегистрирован Зарегистрирован

- НЕТ. Если нет**, прекратите использование данного приложения.

Расскажите нам о плане медицинского страхования, предлагаемом данным работодателем.

13. Для самого дешевого плана, соответствующего стандарту минимальной стоимости*, предлагаемого **только сотруднику** (не включая семейные планы): Если у работодателя есть оздоровительные программы, укажите премию, которую сотрудник заплатил бы, если бы он получил максимальную скидку по любой программе отказа от табакокурения и не получил никаких других скидок, основанных на оздоровительных программах.

- a. Сколько сотруднику придется платить страховых взносов по этому плану? \$ _____
b. Как часто? Еженедельно Каждые 2 недели Два раза в месяц Ежемесячно
 Ежеквартально Ежегодно

14. Какие изменения внесет работодатель в новый плановый год (если известно)?

- Работодатель не будет предлагать медицинскую страховку. Если да, то какой последний день покрытия? _____
 Работодатель начнет предлагать сотрудникам медицинское страхование или изменит страховой взнос на план с наименьшей стоимостью, доступный только для сотрудника, который соответствует минимальному стандарту стоимости.* (Премия должна отражать скидку на оздоровительные программы. См. вопрос 13.)
a. Сколько сотруднику придется заплатить страховых взносов по этому плану? \$ _____
b. Как часто? Еженедельно Каждые 2 недели Два раза в месяц Ежемесячно
 Ежеквартально Ежегодно
c. Дата изменения:
 Работодатель продолжит предлагать медицинскую страховку. Если да, планируете ли вы участвовать в этом страховании?
 Да. Если да, то когда начнется покрытие? _____
 Нет. Если нет, когда закончится покрытие? _____

*План медицинского страхования, спонсируемый работодателем, соответствует «стандарту минимальной стоимости», если доля плана в общих разрешенных расходах на льготы, покрываемые планом, составляет не менее 60 процентов таких расходов (Раздел 36B(c)(2)(C)(ii) Налогового кодекса 1986 г.)

Если вам нужна помощь с подачей заявления или требуется подать заявку быстрее онлайн, посетите сайт www.kynect.ky.gov или позвоните по телефону **1-855-4kynect (459-6328)**. Para ayuda en Español, llame gratis al 1-855-4kynect (459-6328).