

Використовуйте цей додаток лише в тому випадку, якщо хтось у домогосподарстві має право на медичне страхування від роботодавця. Це включає дружину/чоловіка та утриманців, які мають право на медичне страхування, фінансоване роботодавцем, навіть якщо співробітник не подає заявку на медичне страхування. Зв'яжіться з роботодавцем, який **пропонує** страхування, щоб отримати відповіді на ці запитання.

Заповніть і надішліть цю сторінку (одну для кожної роботи, яка пропонує страхування) разом із вашою заявкою на медичне страхування.

Інформація про ПРАЦІВНИКА

1. Ім'я працівника (ім'я, по батькові, прізвище)	2. Номер соціального страхування працівника
--	---

Інформація про РОБОТОДАВЦЯ

3. Ім'я роботодавця	4. Ідентифікаційний номер роботодавця (EIN)	
5. Адреса роботодавця		
6. Місто	7. Штат	8. Поштовий індекс
9. Контактна особа роботодавця	10. Контактний номер телефону роботодавця	
11. Електронна пошта контактної особи роботодавця		

Кому цей роботодавець пропонує страхування?

12. Чи **пропонує** цей роботодавець наразі страхування комусь із тих, хто подає заявку на медичне страхування?

ТАК. Якщо так, вкажіть імена осіб, яким **пропонується** страхування або які **зареєстровані** в програмі страхування, запропонованій цим роботодавцем: (Поставте прапорець для кожної особи нижче, якщо їй пропонується страхування та/або вона зареєстрована в програмі страхування)

Ім'я: _____ Пропонується Зареєстровані

Ім'я: _____ Пропонується Зареєстровані

НІ. Якщо ні, припиніть використовувати цей додаток.

Розкажіть нам про пропозицію плану медичного страхування, яку надає цей роботодавець

13. Для плану з найнижчою вартістю, який відповідає мінімальному стандарту цінності* та пропонується **лише працівнику** (без включення сімейних планів): Якщо роботодавець має програми оздоровлення, вкажіть премію, яку працівник повинен заплатити, якщо він отримає максимальну знижку за будь-які програми відмови від тютюнопаління, і не отримає інших знижок на основі програм оздоровлення.

a. Скільки працівник повинен заплатити за страхові премії для цього плану? \$ _____

b. Як часто? Щотижня Кожні два тижня Двічі на місяць Щомісяця Щоквартально Щороку

14. Які зміни роботодавець внесе в новому плановому році (якщо відомо)?

Роботодавець не пропонуватиме медичне страхування. Якщо так, який останній день страхування? _____

Роботодавець почне пропонувати медичне страхування працівникам або змінить премію для плану з найнижчою вартістю, доступного тільки для працівника, який відповідає мінімальному стандарту цінності.* (Премія повинна враховувати знижку за програми оздоровлення). Див. питання 13.)

a. Скільки працівник повинен заплатити за страхові премії для цього плану? \$ _____

b. Як часто? Щотижня Кожні два тижня Двічі на місяць Щомісяця Щоквартально Щороку

c. Дата зміни: _____

Роботодавець продовжить пропонувати медичне страхування. Якщо так, чи плануєте ви зареєструватися на отримання цього страхування?

Так. Якщо так, то коли почнеться дія страхування? _____

Ні. Якщо ні, коли закінчиться дія страхування? _____

*Фінансований роботодавцем план медичного страхування відповідає «мінімальному стандарту вартості», якщо частка плану в загальних дозволених витратах на покриття планом становить не менше 60 відсотків таких витрат (розділ 36B(c)(2)(C)(ii) Податкового кодексу США від 1986 року).

Якщо вам потрібна допомога з поданням заявки або ви хочете швидше подати заявку онлайн, перейдіть на сайт www.kynect.ky.gov або зателефонуйте за номером **1-855-4kynect (459-6328)**. Para ayuda en Español, llame gratis al 1-855-4kynect (459-6328).