

Chỉ sử dụng phụ lục này nếu một thành viên khác trong hộ gia đình hội đủ điều kiện nhận bảo hiểm sức khỏe từ công việc. Trong đó bao gồm vợ/chồng và người phụ thuộc hội đủ điều kiện nhận bảo hiểm sức khỏe do người sử dụng lao động tài trợ ngay cả khi nhân viên không nằm trong đơn xin bảo hiểm sức khỏe. Quý vị hãy liên lạc với người sử dụng lao động là bên đề nghị cung cấp bảo hiểm để được trợ giúp giải đáp những câu hỏi này.

Hoàn tất thông tin và gửi trang này (mỗi công việc đề nghị cung cấp bảo hiểm ứng với một trang) cùng với đơn xin bảo hiểm sức khỏe của quý vị.

Thông Tin của NHÂN VIÊN

1. Tên của Nhân Viên (Tên, Tên Đệm, Họ)	2. Số An Sinh Xã Hội của Nhân Viên
---	------------------------------------

Thông Tin của NGƯỜI SỬ DỤNG LAO ĐỘNG

3. Tên của Người Sử Dụng Lao Động	4. Mã Số Thuế của Người Sử Dụng Lao Động (EIN)	
5. Địa Chỉ của Người Sử Dụng Lao Động		
6. Thành Phố	7. Tiểu Bang	8. Mã Bưu Chính
9. Tên của Đầu Mỗi Liên Lạc phía Người Sử Dụng Lao Động	10. Số Điện Thoại của Đầu Mỗi Liên Lạc phía Người Sử Dụng Lao Động	
11. Email của Đầu Mỗi Liên Lạc phía Người Sử Dụng Lao Động		

Ai được người sử dụng lao động này đề nghị cung cấp bảo hiểm?

12. Hiện tại, người sử dụng lao động này có **đề nghị cung cấp** bảo hiểm cho bất kỳ ai nằm trong đơn xin bảo hiểm sức khỏe của quý vị không?

CÓ. Nếu câu trả lời là “Có”, hãy liệt kê tên của những người được **đề nghị tham gia** bảo hiểm hoặc người đã **ghi danh** tham gia bảo hiểm do người sử dụng lao động này đề nghị cung cấp: (**Đánh dấu vào ô nếu được đề nghị tham gia bảo hiểm và/hoặc đã ghi danh tham gia bảo hiểm cho từng người bên dưới**)

Tên: _____ Được Đề Nghị Cung Cấp Tên: _____ Được Đề Nghị Cung Cấp
 Đã Ghi Danh Đã Ghi Danh

KHÔNG. Nếu câu trả lời là “Không”, hãy ngừng sử dụng phụ lục này.

Cung cấp cho chúng tôi thông tin về chương trình bảo hiểm sức khỏe do người sử dụng lao động này đề nghị cung cấp

13. Đối với chương trình có mức chi phí thấp nhất đáp ứng tiêu chuẩn giá trị tối thiểu* **chỉ đề nghị cung cấp cho nhân viên** (không bao gồm các chương trình dành cho gia đình): Nếu người sử dụng lao động có chương trình chăm sóc sức khỏe toàn diện, hãy cung cấp mức phí bảo hiểm mà nhân viên sẽ phải thanh toán nếu nhân viên đó nhận được mức chiết khấu tối đa cho bất kỳ chương trình cai thuốc lá nào và không nhận được bất kỳ mức chiết khấu nào khác dựa trên các chương trình chăm sóc sức khỏe toàn diện.

a. Nhân viên sẽ phải thanh toán bao nhiêu tiền dưới dạng phí bảo hiểm cho chương trình đó? \$ _____

b. Tần suất như thế nào? Hàng tuần 2 tuần một lần Hai lần một tháng Hàng tháng Hàng quý Hàng năm

14. Người sử dụng lao động sẽ thực hiện thay đổi gì cho năm chương trình mới (nếu biết)?

Người sử dụng lao động sẽ không đề nghị cung cấp bảo hiểm sức khỏe. Trong trường hợp này, ngày cuối cùng cung cấp bảo hiểm là ngày nào? _____

Người sử dụng lao động sẽ bắt đầu đề nghị cung cấp bảo hiểm sức khỏe cho nhân viên hoặc thay đổi phí bảo hiểm theo chương trình có mức chi phí thấp nhất chỉ dành cho nhân viên đáp ứng tiêu chuẩn giá trị tối thiểu.* (Phí bảo hiểm phải thể hiện mức chiết khấu cho các chương trình chăm sóc sức khỏe toàn diện. Xem câu hỏi 13.)

a. Nhân viên sẽ phải thanh toán bao nhiêu tiền dưới dạng phí bảo hiểm cho chương trình đó? \$ _____

b. Tần suất như thế nào? Hàng tuần 2 tuần một lần Hai lần một tháng Hàng tháng Hàng quý Hàng năm

c. Ngày Thay Đổi: _____

Người sử dụng lao động sẽ tiếp tục đề nghị cung cấp bảo hiểm sức khỏe. Trong trường hợp này, quý vị hiện có dự định ghi danh tham gia bảo hiểm đó không?

Có. Nếu câu trả lời là “Có”, bảo hiểm sẽ bắt đầu khi nào? _____

Không. Nếu câu trả lời là “Không”, bảo hiểm sẽ chấm dứt khi nào? _____

*Một chương trình bảo hiểm sức khỏe do người sử dụng lao động tài trợ đáp ứng “tiêu chuẩn giá trị tối thiểu” nếu phần chia sẻ của chương trình trong tổng chi phí quyền lợi cho phép do chương trình đài thọ không nhỏ hơn 60 phần trăm chi phí đó (Mục 36B(c)(2)(C)(ii) của Bộ Luật Thuế Vụ năm 1986)

Nếu quý vị cần trợ giúp về đơn xin hoặc cần nộp đơn xin trực tuyến với tốc độ nhanh hơn, hãy truy cập www.kynect.ky.gov hoặc gọi số **1-855-4kynect (459-6328)**. Para ayuda en Español, llame gratis al 1-855-4kynect (459-6328).