DOH 116M
Rev. 10/2013

State of Utah
Department of Workforce Services

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO DE SALUD DEL EMPLEADOR

D02914001890102

- Este formulario DEBE ser llenado por su empleador o un representante de Recursos Humanos de su empresa. Si no llena un espacio, esto puede demorar el proceso.
- Ese necesario llenar un formulario para cada miembro de su familia con empleo. Usted puede copiar este formulario, y luego llenarlos.
- Si usted tiene preguntas en general acerca de este formulario o de los programas médicos, por favor llame al 1-866-435-7414

A. Información General

Información del Empleado

Nombre del Empleado: _____ Nº de Seguro Social: _____
Primer Nombre Inicial de 2º Nombre Apellido

Información del Empleador

Nombre del Empleador: _____

Nº EIN: _____ Teléfono #: _____

Dirección: _____
Calle Nº de Dept. Ciudad Estado Código Postal

¿A quién podemos contactar acerca de la cobertura de salud de este empleado en este empleo?

Nombre de Contacto: _____

Teléfono: _____ Dirección de email: _____

☐ Sí ☐ No 1. ¿Ofrece su empresa seguro de salud? Si respondió "No", salte a la sección D. Firme y devuelva el formulario.

☐ Sí ☐ No 2. ¿Es su seguro de salud un plan de beneficios para empleados del estado?

☐ Sí ☐ No 3. ¿Es su seguro de salud ofrecido mediante Avenue H?

☐ Sí ☐ No 4. ¿Califica el empleado para inscribirse en algún plan de seguro que se ofrezca?
Si respondió "No", por favor explique: _____
Si respondió "Sí", ¿Cuándo pudo el empleado haberse inscrito? (mm/dd/aa) _____

☐ Sí ☐ No 5. ¿Está el empleado o algún miembro de su familia inscrito en cualquier plan de seguro que se ofrezca?
Si respondió "Sí", nombre(s) de las personas inscritas: _____
_____
_____

☐ Sí ☐ No 6. ¿Han el empleado o algún miembro de su familia dejado o cambiado la cobertura en los últimos seis meses?
Si respondió "Sí", nombre(s): _____
Si respondió "Sí", ¿Cuándo se terminó o cambió la cobertura? (mm/dd/aa) _____

☐ Sí ☐ No 7. ¿Ofrece el empleador un plan de salud que cumple con el estándar de valor mínimo?

8. Para el plan de menos costo que cumple con el estándar de valor mínimo que se ofrece sólo al empleado (sin incluir los planes familiares):
Si el empleador tiene programas de bienestar, provea el valor de la prima que el empleador pagaría si ellos reciben el descuento máximo para cualquier programa para dejar el tabaco y no reciben ningún otro descuento basado en los programas de bienestar:
   a. ¿Cuánto tendría el empleado que pagar en primas para ese plan? $_____
   b. Frecuencia ☐ semanal ☐ cada 2 semanas ☐ 2 veces al mes ☐ trimestral ☐ anual

☐ Sí ☐ No 9. ¿Sabe qué cambios va a hacer el empleador para el nuevo plan anual?
Si respondió "Sí", complete lo siguiente:
☐ El empleador no ofrecerá seguro de salud
☐ El empleador comenzará a ofrecer cobertura de salud a los empleados o cambiará las primas del plan de menor costo que se hace disponible sólo para los empleados que cumplan con el *estándar de valor mínimo.
(Las primas no deberían reflejar el descuento para los programas de bienestar, Véase la pregunta 7).
   a. ¿Cuánto tendrá que pagar el empleado en primas para ese plan?_____
   b. Frecuencia ☐ semanal ☐ cada 2 semanas ☐ 2 veces al mes ☐ trimestral ☐ anual

***Un plan de salud patrocinado por un empleador cumple con el "estándar de valor mínimo" si la cuota de participación del plan de los costos totales de los beneficios cubiertos por el plan no son de menos de un 60% de tales costos (Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código de Impuesto Internos de 1986)**

B. Plan del Empleador de Menos Costo o Plan Predeterminado de Avenue H

D02914001890202

Las preguntas abajo se refieren al **plan del empleador de menos costo** o el Plan Predeterminado de Avenue H.

☐ Sí ☐ No 1. ¿Tiene que inscribirse el empleado para poder agregar dependiente(s)?

2. Próxima fecha de inscripción abierta (mm/dd/aa) _____

3. Por favor llene la tabla a continuación. **NO** incluya el costo de cobertura dental, de visión, u otra cobertura, si se cuentan separados.

Prima Mensual		
	Parte del Empleado	**Parte de la Compañía**
Empleado	$	$
Empleado + cónyuge	$	
Empleado + niño	$	
Familia	$	

C. Elección de Seguro de Salud del Empleado

Las siguientes preguntas se refieren a al plan elegido por el empleado. Las preguntas de la 3 a la 7 hacen referencia a los beneficios "en la red".

1. Nombre de la compañía y el plan de seguros: _____

2. Número de la Póliza, si se sabe: _____

☐ Sí ☐ No 3. ¿Es el deducible $2,500 o menos por persona?

☐ Sí ☐ No 4. ¿Es el beneficio de vida máximo de $1,000,000 o más?

☐ Sí ☐ No 5. ¿Paga el plan al menos 70% de la permanencia de hospitalización (inpatient) (después del deducible)?

6. ¿Qué beneficios están cubiertos bajo este plan? (Marque todos los que se apliquen.)

☐ Visitas al Doctor ☐ Servicios de Hospitalización ☐ Farmacia/Recetas Médicas

☐ Sí ☐ No 7. ¿Cubre el plan servicios de aborto? Si respondió "Sí", ¿Bajo cuales circunstancias lo cubre?:

☐ Solamente cuando la vida de la madre está en peligro si el embarazo continúa o en caso de incesto o violación.

☐ Otra circunstancia, descríbala por favor: _____

8. Complete esta tabla solamente si es diferente a la tabla en la Sección B. **NO** incluya el costo de cobertura dental, de visión, u otras, si se cuentan separados.

Prima Mensual		
	Parte del Empleado	**Parte de la Compañía**
Empleado	$	$
Empleado + cónyuge	$	
Empleado + niño	$	
Familia	$	

☐ Sí ☐ No 9. ¿Están inscritos actualmente los hijos de empleado o van a inscribirse en el plan dental de su compañía? Si respondió "Sí", nombre(s): _____

D. Firma

Certifico que soy un representante del Departamento de Recursos Humanos, o que soy el representante del seguro médico. En mi leal conocimiento, la información en este formulario es verdadera y correcta.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre (use letra de imprenta): _____

Título: _____ Teléfono: _____

Favor de devolver este formulario completo a:

Department of Workforce Services, PO Box 143245, SLC, UT 84114-3245
Fax: 1-801-526-9500 o Número Gratis de Fax: 1-877-313-4717

Programa de Empleados de Oportunidad con Igualdad

Otros servicios y asistentes se pueden hacer disponibles, cuando lo pida, a personas con minusvalías al llamar al (801) 526-9240. Individuos con minusvalía del habla u oído pueden llamar al número de mensajes de Utah 711. Mensajes de Utah en Español: 1-888-346-3162.