

Herramienta de cobertura del empleador de Georgia Access

Al solicitar cobertura de salud a través de Georgia Access, se le solicita que proporcione información sobre cualquier cobertura patrocinada por el empleador para la cual usted u otras personas en su solicitud pueden ser elegibles. La *Herramienta de cobertura del empleador de Georgia Access* se puede utilizar para ayudar a organizar y recopilar información sobre los empleadores que ofrecen cobertura de salud tradicional para cualquier persona en su solicitud de Georgia Access. Necesitará la información de este formulario para completar la solicitud, incluso si ninguna de las personas incluidas en su solicitud esté actualmente inscrita en la cobertura a través de su trabajo (o el trabajo de otra persona, como su cónyuge o padre/madre); sin embargo, **no es necesario enviar este formulario para completar su solicitud de Georgia Access**. Si decide utilizar esta herramienta, complete este formulario para cada trabajo o empleador que le ofrezca cobertura de salud. Puede visitar GeorgiaAccess.gov/have-job-based-coverage para obtener más información si tiene (o recibió recientemente una oferta de) un seguro basado en el trabajo.

Si alguien en su solicitud trabaja para un empleador que ofrece ayuda para pagar un plan de salud o gastos de atención médica a través de un Acuerdo de reembolso de gastos médicos (HRA, por sus siglas en inglés), no incluya estas ofertas en este formulario.

Si necesita ayuda adicional con este formulario, incluidos servicios lingüísticos o de accesibilidad (por ejemplo, traducciones de idiomas, letra grande), comuníquese con su canal de inscripción de Georgia Access o llame al centro de atención de Georgia Access al 888-687-1503.

PRIMER PASO: INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO

Proporcione la información de la persona (**empleado**) a quien se le ofrece cobertura de salud basada en el trabajo en su solicitud.

Información sobre el empleado			
1. Nombre	2. Segundo nombre (si corresponde)	3. Apellido	4. Designación
<p>5. Indique el nombre y apellido de cada persona en la unidad familiar del empleado e infórmenos si se les ofrece cobertura de salud a través del empleador mencionado en el <u>Segundo paso</u> a continuación, incluso si no están inscritos actualmente.</p> <p><i>Enumere únicamente los miembros de la unidad familiar que se incluirían en la declaración de impuestos federales del empleado.</i></p>			
Nombre de los miembros de la unidad familiar <i>Enumere a continuación el nombre de los miembros de la unidad familiar del empleado:</i>		¿Es elegible para recibir cobertura de salud a través de este empleador?	
Nombre:		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Nombre:		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Nombre:		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Nombre:		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

SEGUNDO PASO: INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADOR

Proporcione la información al **empleador** que ofrece cobertura de salud basada en el trabajo. Puede solicitarle al **empleador** que complete las secciones a continuación.

Información sobre el empleador		
1. Nombre del empleador	2. Número de identificación del empleador (EIN, por sus siglas en inglés)	
Información de contacto del empleador		
<i>Ingrese la información de la persona o del departamento que administra los beneficios de los empleados. Podríamos comunicarnos con ellos si necesitamos más información una vez que haya completado la solicitud.</i>		
3. Persona o departamento que administra los beneficios de los empleados		
4. Correo electrónico	5. Número de teléfono principal	
6. Dirección del empleador		
7. Ciudad	8. Estado	9. Código postal
Empleador: cobertura de salud basada en el trabajo		
<i>Bríndenos información sobre la cobertura de salud que ofrece este empleador</i>		
10. ¿El empleador ofrece un plan de seguro médico que cumpla con la norma de valor mínimo? <i>Un plan de salud cumple con la norma de valor mínimo si paga al menos el 60 % del costo total de los servicios médicos para una población estándar y ofrece una cobertura sustancial de servicios hospitalarios y médicos. La mayoría de los planes basados en el trabajo cumplen con la norma de valor mínimo.</i>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <i>En caso negativo, no complete el resto de este formulario.</i>
11. ¿El empleador ofrece planes que cumplen con la norma de valor mínimo solo para el empleado, pero no para su familia?	<input type="checkbox"/> Sí <i>Si es así, responda únicamente la pregunta 12; no es necesario que responda la pregunta 13.</i>	<input type="checkbox"/> No

Empleador: cobertura de salud basada en el trabajo <i>Bríndenos información sobre la cobertura de salud que ofrece este empleador</i>	
12. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado por el plan de menor costo ofrecido solo al empleado que cumple con la norma de valor mínimo? No incluye planes familiares.	
Importe \$	Frecuencia de pago <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Anual
13. Si se enumeran otros miembros de la unidad familiar en el <u>Primer paso</u>: ¿Cuánto pagaría el empleado por el plan de menor costo ofrecido por el empleador que cubre al empleado y a los miembros de la unidad familiar enumerados e identificados como elegibles en el Primer paso? <i>Si el empleador ofrece programas de bienestar, ingrese el monto de la prima que el empleado debería pagar si recibiera el descuento máximo por cualquier programa para dejar de fumar y no recibiera ningún otro descuento basado en programas de bienestar.</i>	
Importe \$	Frecuencia de pago <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Anual