

# Lista de Verificación para la Solicitud en el Mercado de Seguros:

Al momento de solicitar o renovar su cobertura en el Mercado de Seguros Médicos, tendrá que proveer cierta información sobre usted y su familia, incluyendo los ingresos, cualquier seguro actual y alguna otra información adicional. Use la siguiente lista para ayudarle a buscar lo que necesita para solicitar la cobertura.

- Información sobre el tamaño de su familia. Averigüe quién en su hogar debe incluirse antes de iniciar su solicitud. Visite [CuidadoDeSalud.gov/es/income-and-household-information/household-size](http://CuidadoDeSalud.gov/es/income-and-household-information/household-size) para obtener ayuda sobre quién necesita cobertura.
- La dirección residencial y/o postal para cada persona solicitando cobertura.
- Números de Seguro Social.
- Información sobre el profesional que le ayudó a solicitar (si está recibiendo ayuda para completar su solicitud). Visite [CuidadoDeSalud.gov/es/help/whos-helping-me-complete-my-application](http://CuidadoDeSalud.gov/es/help/whos-helping-me-complete-my-application) para más información.
- Información de los documentos para inmigrantes legales. Visite [CuidadoDeSalud.gov/es/help/immigration-document-types](http://CuidadoDeSalud.gov/es/help/immigration-document-types) para más información.
- Información sobre cómo presentar su declaración de impuestos.
- Información sobre su empleador y sus ingresos para todos los miembros de su familia (por ejemplo, comprobantes/talones/recibos de pagos/cheques o Formularios W-2—Declaraciones de ingresos e impuestos). Visite [CuidadoDeSalud.gov/es/income-and-household-information/household-size](http://CuidadoDeSalud.gov/es/income-and-household-information/household-size) para obtener información sobre que tipo de ingresos de incluir.
- Un estimado de lo que su ingreso familiar será en 2016. Visite [CuidadoDeSalud.gov/es/income-and-household-information/how-to-report](http://CuidadoDeSalud.gov/es/income-and-household-information/how-to-report) para obtener ayuda.
- Números de póliza de sus planes de seguro médico actuales.
- Herramienta de cobertura a través del empleador** completada para cada plan basado y ofrecido por un empleador, para el cual usted o un miembro de su familia sea elegible. (Tendrá que llenar este formulario aunque si es elegible para conseguir la cobertura pero no se inscribió.) Visite [CuidadoDeSalud.gov/es/downloads/employer-coverage-tool.pdf](http://CuidadoDeSalud.gov/es/downloads/employer-coverage-tool.pdf) para ver o imprimir el documento.
- Avisos de su plan actual que incluyan el número de identificación del plan, si tiene o tuvo cobertura médica en 2015.

Manténgase informado sobre el Mercado de seguros. Visite [CuidadoDeSalud.gov](http://CuidadoDeSalud.gov) para recibir actualizaciones por correo electrónico o por texto, que le ayudarán a prepararse para solicitar.



# Cobertura Médica Basada en el Empleo

Formulario aprobado  
OMB No. 0938-1213

Imprimir o descargar esta herramienta para recopilar las respuestas sobre cualquier cobertura médica ofrecida por el empleador a la que usted es elegible (incluso si es de un trabajo de otra persona, como un padre o cónyuge). Necesitará esta información para completar su solicitud del Mercado, incluso si no acepta el seguro del empleador al que es elegible. **Escriba el nombre y Número de Seguro Social (SSN) de su empleado en las casillas 1 y 2 y pida a su empleador que complete la otra parte del formulario. Complete una herramienta para cada empleador que ofrezca cobertura médica para la que usted es elegible.**



## Información del EMPLEADO

Los **empleados** deben completar esta sección

1. Nombre del Empleado (Primer nombre, Segundo nombre, Apellido)	2. Número de Seguro Social del Empleado
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>



## Información del EMPLEADOR

Pregúntele a su **empleador** esta información

3. Empleador/nombre de la compañía	
<input type="text"/>	
4. Número de Identificación del Empleador (EIN)	5. Número de teléfono del empleador
<input type="text"/> - <input type="text"/>	( <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ) <input type="text"/> - <input type="text"/>

**Ahora, ingrese la información de la persona o departamento que maneja los beneficios del empleado. Si necesitamos más información podríamos contactar a esta persona.**

6. Persona o departamento que podemos contactar para más información sobre la cobertura médica		
<input type="text"/>		
7. Dirección del Empleador (el Mercado de seguros puede enviar avisos a esta dirección)		
<input type="text"/>		
8. Ciudad	9. Estado	10. Código Postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11. Número de teléfono (si es diferente al anterior)	12. Dirección de correo electrónico	
( <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ) <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	

### 13. ¿Este empleado está inscrito en la cobertura ofrecida por este empleador o será elegible en los próximos 3 meses?

- SÍ** (Continuar)  **NO (EMPLEADOR):** Deténgase y regrese este formulario al empleado. **EMPLEADO:** Regrese a su solicitud de cobertura del Mercado)

**a. Si el empleado no es elegible hoy, incluyendo como resultado un período de espera o probatorio, ¿cuándo el empleado será elegible para la cobertura? (mm/dd/año)**

/  /

**b. ¿El empleador ofrece un plan médico que cubre al cónyuge o dependientes?**

- SÍ, ¿A cuáles?**  Cónyuge  Dependiente(s)  **NO** (Vaya a la pregunta 14)

**Escriba el nombre de cualquier persona en el hogar del empleador que es elegible para la cobertura de este empleo.**

Nombre

Nombre

Nombre

**continúe en la próxima página**



**¿Necesita ayuda con su solicitud?** Visite [CuidadoDeSalud.gov](http://CuidadoDeSalud.gov) o llámenos al **1-800-318-2596**. Para Obtener una Copia de este formulario en inglés, llame al **1-800-318-2596**. Si necesita ayuda en un idioma que no sea inglés, llame al **1-800-318-2596** e informe al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo alguno para usted. Los usuarios TTY pueden llamar al **1-855-889-4325**.

