

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 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 para más información.
- Información de los documentos para inmigrantes legales. Visite 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 para obtener información sobre que tipo de ingresos de incluir.
- Un estimado de lo que su ingreso familiar será en 2017. Visite 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 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 2017.

Manténgase informado sobre el Mercado de seguros. Visite CuidadoDeSalud.gov para recibir actualizaciones por correo electrónico o por texto, que le ayudarán a prepararse para solicitar.

Usted tiene el derecho de obtener la información del Mercado en un formato alternativo. También tiene derecho a presentar una queja si cree que ha sido discriminado. Visite <https://Cms.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice.html> o llame al Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596 para obtener más información. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-889-4325.



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"/>

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"/>	

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 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**.

