



Cuándo debe de usar esta forma

Complete este formulario para solicitar una determinación de cobertura asequible si:

- Alguien en su casa tiene acceso o actualmente está cubierto por cobertura de salud de un trabajo **y**
- La prima del seguro es inasequible para su hogar.

Inasequibilidad se define como una prima que cuesta más que la contribución requerida de sus ingresos. La contribución requerida es fijada anualmente por el Servicio de Impuestos Internos.

Qué sucede después

Usted o su empleador puede enviar la forma completa, firmada a la siguiente dirección. Vamos a calcular si su cobertura patrocinada por el empleador es considerada asequible basado en la información que su empleador ofrece.

Self Reliance Programs

PO Box 83720

Boise, ID 83720-0026

Fax: 1-866-434-8278

Correo electrónico: MyBenefits@dhw.idaho.gov

Información del empleado

Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Número de seguro social	
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono		Correo electrónico		

Enumere todas las personas que son elegibles para la cobertura de este trabajo: _____

¿Perdió la oportunidad de inscribirse durante el periodo de inscripción para cobertura de salud en su empleo y tiene ahora que esperar hasta el próximo periodo de inscripción?

Sí. Si contestó sí, NO conteste la siguiente pregunta. No

Si usted está en un período de espera o de prueba, ¿Cuándo puede inscribirse en la cobertura (MM/DD/AAAA)? _____

Información el plan de salud (debe ser completado por el empleador)

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

2. ¿El plan cumple con la cobertura mínima esencial? ** Sí No

Para el plan de menor costo que cumpla con el valor mínimo estándar* ofrecido **sólo para el empleado** (no incluya planes familiares):

3. Si el empleador tiene programas de salud, proporcione la prima que el empleado pagaría si recibiera el descuento máximo por cualquier programa para dejar de fumar, y no recibió ningún otro descuento basado en programas de bienestar.

a. ¿Cuánto tendrá que pagar el empleado en primas para este plan? \$ _____

b. ¿Con qué frecuencia? Semanal Cada 2 semanas 2 veces al mes Trimestral Anual

Información del empleador

Nombre de empleador	Teléfono	Correo electrónico
---------------------	----------	--------------------

Nombre de la Persona Completando esta Forma _____

¿A quién podemos contactar acerca de la cobertura de salud de los empleados en este trabajo (si es diferente)? _____

Firma (Requerido)

Bajo pena de perjurio, juro o afirmo que la información que he proporcionado es verdadera y completa.

Firma del empleador

Fecha

*Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con el "estándar de valor mínimo" si la participación de los costos de los beneficios permitidos totales cubiertos por el plan del plan es no menor del 60 por ciento de esos costos (Sección 36B (c)(2)(C)(ii) del Código de Rentas Internas de 1986).

** Un plan médico patrocinado por el empleado cumple con la "cobertura mínima esencial" si cumple con los beneficios médicos esenciales definidos en el 1302(a) de la Ley de atención médica asequible.