






Solicitud de cobertura de salud para empleados

Use esta solicitud para saber si es elegible para obtener acceso a la cobertura de atención médica de Access Health CT Small Business (AHCT SB) de su empleador. Le tomará alrededor de **15 minutos** para completar esta solicitud.

COSAS QUE DEBE SABER	 Envíe su solicitud más rápido por Internet	Visite SHOP.AHCT@ct.gov para conocer los detalles acerca de la cobertura de AHCT SB y cómo inscribirse en el mercado de seguros de salud de Connecticut.
	 Obtenga ayuda	<ul style="list-style-type: none">• Comuníquese con su empleador• En línea SHOP.AHCT@ct.gov• Teléfono: 1-855-762-4928• En español: llame a nuestro centro de ayuda gratis al 1-855-762-4928
	 ¿Qué sucede ahora?	<ul style="list-style-type: none">• Devuelva la solicitud completa y firmada a su empleador.• Su empleador enviará la solicitud a AHCT SB.
	 Alternativas	Si su parte del costo de la cobertura solo para empleados es más del 9.5 por ciento de su ingreso familiar, es posible que pueda obtener ayuda para pagar la cobertura a través del mercado de seguros de salud individual. Visite SHOP.AHCT@ct.gov para obtener más información.
	 Lo que podría necesitar para aplicar	<ul style="list-style-type: none">• Números del Seguro Social (o números de documento para cualquier inmigrante legal que necesite seguro).• Fechas de nacimiento de todos los solicitantes.

Mantendremos su información privada según lo requiere la ley.

¿Quién es su empleador?

Nombre y dirección del empleador

Número de teléfono del empleador

() -

Fecha de Contratacion:

Inicie con su solicitud a continuación.

¿No está interesado en la cobertura médica de AHCT SB?

Avance al Paso 4 en la página 4.

PASO 1

Estoy interesado en la cobertura de AHCT SB de este empleador.

Información acerca de usted, el empleado.

1. Primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo

2. Número de seguro social

3. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

4. Sexo Masculino Femenino

5. Dirección del domicilio (dejar en blanco si no tiene)

6. Número de apartamento o suite

7. Ciudad

8. Estado

9. Código postal

10. Condado

11. Dirección postal (si es distinta a la dirección del domicilio)

12. Número de apartamento o suite

13. Ciudad

14. Estado

15. Código postal

16. Condado

17. Dirección de correo electrónico

18. Número de teléfono Celular Casa Trabajo
() -

19. Otro número de teléfono Celular Casa Trabajo
() -

20. Los avisos se enviarán electrónicamente. Marque aquí si también quiere recibir avisos impresos por correo.

21. Idioma de preferencia hablado o escrito (si no es inglés)

22. Si es hispano/latino, origen étnico (OPCIONAL; marque todas las que apliquen).

Mexicano Mexicano-americano Chicano/a Puertorriqueño Cubano Otro

23. Raza (OPCIONAL; marque todas las que apliquen).

Blanco Indio americano o Filipino Vietnamita Guamano o
 Negro o Nativo de Alaska Japonés Otro asiático Chamorro
afroamericano Indio asiático Coreano Nativo de Hawái Samoano
 Chino Otras Islas del Pacífico
 Otro

24. Si usted es indio americano o nativo de Alaska, indíquenos el estado y el nombre de su tribu reconocida federalmente.

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Comuníquese con su empleador, visite SHOP.AHCT@ct.gov, o llámenos al 1-855-762-4928. Los usuarios de TTY deben llamar al 800-877-8973 y conectarse al 1-855-762-4928. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al 1-855-762-4928.

PASO 2

Información de los dependientes

Dependiente N.º 1

1. Primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo			
2. Número de seguro social	3. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	4. Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
5. Dirección si es distinta a la del suscriptor			6. Número de apartamento o suite
7. Ciudad	8. Estado	9. Código postal	10. Condado
11. Relación con el suscriptor			

Dependiente N.º 2

1. Primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo			
2. Número de seguro social	3. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	4. Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
5. Dirección si es distinta a la del suscriptor			6. Número de apartamento o suite
7. Ciudad	8. Estado	9. Código postal	10. Condado
11. Relación con el suscriptor			

Dependiente N.º 3

1. Primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo			
2. Número de seguro social	3. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	4. Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
5. Dirección si es distinta a la del suscriptor			6. Número de apartamento o suite
7. Ciudad	8. Estado	9. Código postal	10. Condado
11. Relación con el suscriptor			

Dependiente N.º 4

1. Primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo			
2. Número de seguro social	3. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	4. Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
5. Dirección si es distinta a la del suscriptor			6. Número de apartamento o suite
7. Ciudad	8. Estado	9. Código postal	10. Condado
11. Relación con el suscriptor			

PASO 3 **Lea y firme esta solicitud.**

- Firmo esta solicitud bajo pena de perjurio, lo que significa que he proporcionado respuestas verdaderas y correctas a todas las preguntas según mi conocimiento. Sé que puedo ser sujeto de multas bajo la ley federal si proporciono información falsa o no verídica de manera intencional.
- Sé que mi información en este formulario se usará solamente para determinar la elegibilidad para la cobertura médica y se mantendrá bajo privacidad según lo requiere la ley. Si soy elegible, se usará para ayudarme a inscribirme.
- Sé que debo informar a Access Health CT Small Business si algo cambia (y es distinto de) lo que escribí en esta solicitud. Puedo llamar a mi empleador, visitar SHOP.AHCT@ct.gov o llamar al 855-SMBIZCT (762-4928) para informar sobre cualquier cambio.
- Sé que bajo la ley federal y estatal, no está permitido discriminar con base en la raza, color, nacionalidad, sexo, edad orientación sexual, identidad de género, discapacidad o debido a información genética. Puedo presentar una queja de discriminación al ingresar a www.hhs.gov/ocr/office/file o a la Comisión de derechos humanos y oportunidades (CHRO) de Connecticut www.ct.gov/chro/site/default.asp.

Firma

Fecha (mm/dd/aaaa)

PASO 4 **Si no desea cobertura de este empleador.**

- Rechazo la cobertura para mi persona.
- Rechazo la cobertura para mis dependientes.

Responda estas preguntas:

¿Tiene alguna otra fuente de cobertura de atención médica? Sí No

Si la respuesta es **sí**, ¿de qué tipo?

- Seguro médico privado individual
- Medicare
- TRICARE
- Seguro de otro trabajo
- Medicaid
- programas de atención médica de VA
- Seguro con otra persona
- Indian Health Service

Nombre del empleado

Firma

Fecha (mm/dd/aaaa)

PASO 5 **Devuélvale la solicitud completa y firmada a su empleador.**

Declaración de divulgación de PRA

Según la Ley de reducción de papelería de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control de OMB válido. El número de control de OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1193. El tiempo necesario para completar esta recopilación de información se estima en promedio en unos 15 minutos por solicitud, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios con relación a la exactitud de los cálculos de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 75000 Security Boulevard, Atn. PRA Reports Clearance Office, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

¿Necesita ayuda?

Si tiene preguntas acerca de esta solicitud o necesita ayuda para llenarla, comuníquese con su empleador, o visite SHOP.AHCT@ct.gov, o llame al **1-855-762-4928**.

Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al **1-855-762-4928**.