





### Solicitud de cobertura de salud para empleadores

Access Health CT Small Business (AHCT SB) ofrece una nueva forma para que los empleadores pequeños ofrezcan un seguro médico a los empleados. AHCT SB está abierto a propietarios de pequeñas empresas. Le tomará alrededor de **15 minutos** para completar esta solicitud para verificar la elegibilidad.

COSAS QUE DEBE SABER

 <b>¿Es mi empresa elegible para AHCT SB?</b>	<p>Su empresa u organización debe:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Estar ubicada o tener las oficinas centrales en Connecticut.</li><li>• Tener entre 2 y 50 empleados equivalente a tiempo completo, incluyéndolo a usted mismo/ (Empleados de tiempo completo = 30 hr/semana promedio)</li><li>• Haberse creado al menos 90 días antes.</li></ul>
 <b>Envíe su solicitud más rápido en línea</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Visite <a href="mailto:SHOP.AHCT@ct.gov">SHOP.AHCT@ct.gov</a></li><li>• La fecha de inicio de su cobertura puede ser el primero del mes al menos 2 meses completos a partir de la fecha en que se envía la solicitud por correo. Si necesita cobertura antes, presente la solicitud en línea o llame al 1-855-762-4928.</li></ul>
 <b>Obtenga ayuda</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Comuníquese con un agente de seguros:</b> si necesita ayuda para conseguir un agente llame al <b>1-855-762-4928</b></li><li>• <b>En línea</b> <a href="mailto:SHOP.AHCT@ct.gov">SHOP.AHCT@ct.gov</a></li><li>• <b>Teléfono: 1-855-762-4928</b></li><li>• <b>En español:</b> Llame a nuestro centro de ayuda gratis al <b>1-855-762-4928</b></li></ul>
 <b>¿Qué sucede ahora?</b>	<p>Envíe este formulario completo y las solicitudes de sus empleados completas y firmadas a la dirección que aparece en la página 4. Recibirá noticias nuestras un plazo de 1 a 2 semanas. Le informaremos si es elegible para adquirir un seguro para su pequeña empresa y le daremos la información que necesita para completar el proceso de inscripción.</p>

- Mantendremos su información privada según lo requiere la ley.
- Sus respuestas en este formulario se usarán solamente para ver si su empresa u organización es elegible para adquirir un seguro médico a través de Access Health CT Small Business, el Mercado de seguros de salud de Connecticut, y si es elegible, para facilitarle la inscripción.

# PASO 1

## Cuéntenos acerca del empleador que ofrece cobertura.

Los empleadores deben estar ubicados en el mismo estado en el cual adquieren la cobertura y deben ofrecer cobertura a todos los empleados de tiempo completo (aquellos que trabajan en promedio más de 30 horas por semana).

1. Nombre del empleador		2. Número de identificación federal del empleador (EIN)		
3. Opera como				
4. Tipo de empleador <input type="checkbox"/> Sector privado (lucrativo y no lucrativo) <input type="checkbox"/> Iglesia/afiliado a la iglesia <input type="checkbox"/> Gobierno estatal/local <input type="checkbox"/> Gobierno extranjero <input type="checkbox"/> Gobierno tribal y empresas y organizaciones patrocinadas o propiedad de una tribu				
5. Dirección comercial principal				
6. Ciudad		7. Estado	8. Código postal	9. Condado
10. ¿Cuántos empleados equivalentes de tiempo completo tiene?		11. <input type="checkbox"/> <b>Sí, ofrezco cobertura médica a todos los empleados de tiempo completo.</b>		

# PASO 2

## Díganos quién es el contacto para esta aplicación.

1. Primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo			
2. Cargo			
3. Dirección postal (si es distinta a la dirección comercial principal anterior)			
4. Ciudad	5. Estado	6. Código postal	7. Condado
8. Número de teléfono <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa ( ) -		9. Otro número de teléfono <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa ( ) -	
10. Número de fax ( ) -	11. Dirección de correo electrónico		
12. Los avisos y facturas mensuales se enviarán electrónicamente. <input type="checkbox"/> Marque aquí si también quiere recibir avisos impresos por correo.			
13. Idioma de preferencia hablado o escrito (si no es inglés)			

### Segundo contacto (opcional)

14. Primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo			
15. Cargo			
16. Dirección postal (si es distinta a la dirección comercial)			
17. Ciudad	18. Estado	19. Código postal	20. Condado
21. Número de teléfono <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa ( ) -		22. Otro número de teléfono <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa ( ) -	
23. Número de fax ( ) -	24. Dirección de correo electrónico		

**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Comuníquese con su empleador, visite [SHOP.AHCT@ct.gov](mailto: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 3

## OPCIONAL

### Listado de empleados que recibirán este ofrecimiento de cobertura, aunque puede que no se inscriban.

Debe incluir a todos los empleados de tiempo completo (30 horas o más)

Primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo del empleado	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Últimos cuatro dígitos del número del Seguro Social	Dirección de correo electrónico	Estado de empleo*	Fecha de contratación (mm/dd/aaaa)	Número de horas trabajadas
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						
16.						
17.						
18.						
19.						
20.						

\*Ingrese el estado del empleado: tiempo completo, medio tiempo, dueño/socio de negocios, esposo/a del dueño, COBRA o jubilado.

Adjunte páginas adicionales según sea necesario.

## PASO 4

### 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 estar sujeto a 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 mi empresa u organización son elegibles, esta información se usará para facilitar la inscripción.
- Sé que debo informarle a AHCT SB si algo cambia (y es distinto de) lo que escribí en esta solicitud. Puedo llamar a un agente, visitar [SHOP.AHCT@ct.gov](mailto:SHOP.AHCT@ct.gov) o llamar **1-855-762-4928** para informar sobre los cambios. Tengo el consentimiento de todos. Mencionaré en la solicitud que incluyen información que los identifique personalmente, como las fechas de nacimiento, los últimos cuatro dígitos de sus números del Seguro Social y números de teléfono.
- Sé que bajo la ley federal y del estado, 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](http://www.hhs.gov/ocr/office/file) o a la Comisión de derechos humanos y oportunidades(CHRO) [www.ct.gov/chro/site/default.asp](http://www.ct.gov/chro/site/default.asp)

Firma

Fecha (dd/mm/aaaa)

## PASO 5

### Envíe por correo su solicitud llena al igual que las solicitudes de sus empleados.

Envíe su solicitud completa por correo, **incluyendo las solicitudes de todos los empleados a:**

**Access Health CT Small Business  
280 Trumbell Street, 15th Floor  
Hartford, CT 06103**

Recibirá noticias nuestras en un plazo de 1 a 2 semanas. Le informaremos si es elegible para adquirir cobertura para su pequeña empresa y le proporcionaremos la información que necesita para completar el proceso de inscripción.

#### **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, reunir 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 un agente de seguros o llame al **1-855-762-4928**. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al **1-855-762-4928**.