

Small Business Health Options Program (SHOP, Programa de opciones de salud para pequeños negocios) Solicitud para los empleados



Llene este formulario para solicitar cobertura de salud SHOP de su empleador

LO QUE DEBE SABER



En internet

Vaya a **CoveredCA.com**. Usted podrá leer los detalles sobre el Mercado de seguros de salud de Covered California para pequeños negocios.



Obtenga ayuda

Pregunte a su empleador a quién tiene que llamar si tiene alguna pregunta

- **En línea:** **CoveredCA.com**
- **Por teléfono:** Llame a nuestro Centro de servicios **(877) 453-9198**
- **In English:** Call our free Service Center at **(877) 453-9198**



¿Qué sucederá después?

Usted devolverá su solicitud completa y firmada a su empleador. Su empleador nos enviará su solicitud completa y firmada.



Alternativas

Si su parte del costo de la cobertura de seguro sólo para el empleado es más del 9.5% de los ingresos de su hogar, usted podría obtener ayuda para pagar la cobertura a través del mercado de seguro de salud individual de Covered California. Vaya a **CoveredCA.com** para leer más.

Su información-es privada.

- Mantendremos toda su información privada, como lo exige la ley
- Sus respuestas en esta solicitud sólo se usarán para decidir si usted es elegible y para inscribirlo en la cobertura de salud de Covered California para Pequeños Negocios.



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Comuníquese con el agente certificado de seguros de Covered California de su empleador si tiene alguna pregunta, vaya a **CoveredCA.com** o llámenos al **(877) 453-9198**. To get a copy of this form in English, please call **(877) 453-9198**.

¿Quién es su empleador?

Nombre y dirección del empleador

Teléfono del empleador

() -

¿No está interesado en la cobertura de salud de SHOP?

Si usted no quiere cobertura de salud SHOP de su empleador, pase al Paso 6 de la página 4.



PASO 1

Estoy interesado en el seguro SHOP de este empleador. Información sobre usted, el empleado.

1. Nombre, segundo nombre, apellido y sufijo			
2. Número de Seguro Social o número de identificación fiscal		3. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	
4. Dirección de su casa			5. Número de apartamento o suite
6. Ciudad	7. Estado	8. Código postal	9. Condado
10. Dirección postal (si no es la misma que la de su casa)			11. Número de apartamento o suite
12. Ciudad	13. Estado	14. Código postal	15. Condado
16. Correo electrónico (OPCIONAL)			
17. Número de teléfono <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo () -		18. Otro número de teléfono <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo () -	
19. Solicitantes de Cal-COBRA/COBRA: <input type="checkbox"/> Cal-COBRA <input type="checkbox"/> COBRA Fecha inicial de Cal-COBRA/COBRA: _____ (Los solicitantes de Cal-COBRA deben enviar la cuota del primer mes)		20. Para los solicitantes de Cal-COBRA/COBRA: indique el evento que lo hace elegible: <input type="checkbox"/> Terminación de empleo <input type="checkbox"/> Muerte del empleado <input type="checkbox"/> Reducción de horario <input type="checkbox"/> El hijo ya no es elegible <input type="checkbox"/> Divorcio o separación legal <input type="checkbox"/> Derechos de Medicare Fecha de evento que lo hace elegible: _____	
21. Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Pareja Doméstica Registrada (DP)			
22. Idioma hablado o escrito preferido (OPCIONAL, si no es inglés)			
23. ¿Cuál es el método de comunicación preferido? <input type="checkbox"/> Por correo <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Teléfono			

Díganos sobre su raza Por favor díganos sobre usted mismo. Esta información es confidencial y se usará solamente para garantizar que todas las personas tengan el mismo acceso al cuidado de salud. No se usará para decidir para qué seguro de salud usted es elegible.

24. ¿Usted es de origen hispano, latino o español? (OPCIONAL) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es "Sí", marque cuáles: <input type="checkbox"/> Otro origen hispano, latino o español _____				
<input type="checkbox"/> Mexicano, méxico-americano, chicano <input type="checkbox"/> Salvadoreño <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Guatemalteco				
25. Raza (OPCIONAL, marque todas las que aplica.)				
<input type="checkbox"/> Blanca	<input type="checkbox"/> India americana o nativa de Alaska	<input type="checkbox"/> China	<input type="checkbox"/> Coreana	<input type="checkbox"/> Guameña o chamorro
<input type="checkbox"/> Negra o afroamericana	<input type="checkbox"/> India asiática	<input type="checkbox"/> Filipina	<input type="checkbox"/> Laosiana	<input type="checkbox"/> Samoana
	<input type="checkbox"/> Camboyana	<input type="checkbox"/> Hmong	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Otra _____
		<input type="checkbox"/> Japonesa	<input type="checkbox"/> Nativa hawaiana	
26. Si usted es indio americano o nativo de Alaska, díganos el estado y el nombre de su tribu con reconocimiento federal (opcional):				



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Comuníquese con el agente certificado de seguros de Covered California de su empleador si tiene alguna pregunta, vaya a [CoveredCA.com](https://www.coveredca.com) o llámenos al **(877) 453-9198**. To get a copy of this form in English, please call **(877) 453-9198**.

continúa en la siguiente página ➔

PASO 2

Por favor díganos sobre usted y sus dependientes elegibles que quieran inscribirse e indique su selección de plan de salud de SHOP.

La ley de California define de la siguiente manera a un dependiente para la cobertura de cuidado de salud: "Dependiente" significa el esposo/esposa o pareja doméstica registrada o hijo de un empleado elegible, sujeto a los términos aplicables del contrato del plan de servicios de cuidado de salud que cubre al empleado e incluye dependientes de los miembros de la asociación garantizada, si la asociación decide incluir dependientes bajo su cobertura de salud, al mismo tiempo que determina la composición de sus participantes.

EMPLEADO	APELLIDO		NOMBRE		INICIAL DEL 2do NOMBRE	Nº de SS / Nº DE IDENT FISCAL
	DIRECCIÓN DE LA CASA			DIRECCIÓN POSTAL		
	FECHA DE NACIMIENTO MM / DD / AAAA	NOMBRE DEL PLAN DE SALUD SELECCIONADO		PLAN PEDIÁTRICO SELECCIONADO, SI CORRESPONDE		
ESPOSO/ ESPOSA O PAREJA DOMÉSTICA	APELLIDO		NOMBRE		INIC.	Nº de SS / Nº DE IDENT FISCAL
	DIRECCIÓN DE LA CASA			DIRECCIÓN POSTAL		
	FECHA DE NACIMIENTO MM / DD / AAAA	¿USTED ES UNA PAREJA DOMÉSTICA? S / N	SI ES "SÍ" ¿SU RELACIÓN ESTÁ REGISTRADA EN EL ESTADO DE CALIFORNIA? S / N	PLAN PEDIÁTRICO SELECCIONADO, SI CORRESPONDE		
HIJO	APELLIDO		NOMBRE		INIC.	Nº de SS / Nº DE IDENT FISCAL
	DIRECCIÓN DE LA CASA			DIRECCIÓN POSTAL		
	FECHA DE NACIMIENTO MM / DD / AAAA	¿EL HIJO ES DISCAPACITADO Y TIENE 26 AÑOS DE EDAD O MÁS? S / N	PLAN SELECCIONADO, SI CORRESPONDE			
HIJO	APELLIDO		NOMBRE		INIC.	Nº de SS / Nº DE IDENT FISCAL
	DIRECCIÓN DE LA CASA			DIRECCIÓN POSTAL		
	FECHA DE NACIMIENTO MM / DD / AAAA	¿EL HIJO ES DISCAPACITADO Y TIENE 26 AÑOS DE EDAD O MÁS? S / N	PLAN SELECCIONADO, SI CORRESPONDE			
HIJO	APELLIDO		NOMBRE		INIC.	Nº de SS / Nº DE IDENT FISCAL
	DIRECCIÓN DE LA CASA			DIRECCIÓN POSTAL		
	FECHA DE NACIMIENTO MM / DD / AAAA	¿EL HIJO ES DISCAPACITADO Y TIENE 26 AÑOS DE EDAD O MÁS? S / N	PLAN SELECCIONADO, SI CORRESPONDE			

*Puede encontrarlo en los directorios de proveedores de los planes que haya seleccionado.

- Mi empleador no ofrece cobertura para dependientes y estoy interesado en la información sobre cómo puedo obtener otra cobertura para mis dependientes. Quiero que alguien se comunique conmigo para ayudarme a entender mis opciones.**

Empleador _____



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Comuníquese con el agente certificado de seguros de Covered California de su empleador si tiene alguna pregunta, vaya a CoveredCA.com o llámenos al **(877) 453-9198**. To get a copy of this form in English, please call **(877) 453-9198**.

continúa en la siguiente página ➔

PASO 3

Acuerdo de arbitraje de Covered California

Entiendo que, si selecciono un plan de salud que use arbitraje obligatorio para resolver disputas, estoy aceptando al arbitraje de reclamos relativos mi participación o la de mis dependientes en el plan de salud (a excepción de casos ante el tribunal de reclamos pequeños y reclamos que no puedan ser sujetos a arbitraje obligatorio bajo la ley aplicable). Entiendo que cualquier disputa entre yo mismo, mis herederos, parientes u otras partes asociadas por un lado y el plan de salud, cualquier proveedor de cuidado médico contratado, administradores u otros asociados por la otra, por la infracción supuesta a cualquier obligación que surja o sea relativa a la participación en el plan de salud, incluyendo cualquier reclamo por negligencia médica u hospitalaria (un reclamo de que los servicios médicos no eran necesarios o no tenían autorización o, que fueron prestados de manera incorrecta, negligente o incompetente), por responsabilidad civil de la institución o relativas a la cobertura, prestación o entrega de servicios o artículos, sin importar la teoría legal, deberán resolverse por medio de arbitraje obligatorio bajo las leyes de California y no por demanda legal o recurriendo al proceso judicial, excepto como las leyes aplicables lo prescriban para el examen judicial de los procedimientos de arbitraje. Acepto renunciar a nuestro derecho a un juicio por jurado y acepto el uso del arbitraje obligatorio. Entiendo que la estipulación completa del arbitraje se encuentra en el documento de cobertura del plan de salud y que está a mi disposición para que la examine.

Firma del solicitante (o parte responsable financiera, si el solicitante es menor de 18 años de edad)

Fecha (mm/dd/aaaa)

Nombre en letra de molde

PASO 4

Si un agente certificado de seguros le ayudó a llenar esta solicitud, por favor pídale que firme abajo.

No usé un agente certificado de seguros.

El solicitante llenó y firmó esta solicitud y yo ayudé al solicitante ofreciéndole consejo sobre cómo dar respuesta a las preguntas. Aconsejé al solicitante que debería responder a todas las preguntas completa y verdaderamente y que no debería retener ninguna información pedida. Expliqué al solicitante, en palabras fáciles de entender, el riesgo que corre si da información inexacta y el solicitante entendió la explicación. A lo mejor de mi conocimiento y de acuerdo con lo que me reveló el solicitante, la información de esta solicitud es exacta y completa. **Entiendo que si alguna parte de esta declaración firmada por mí es falsa, yo podría estar sujeto a sanciones civiles de hasta \$10,000, como lo autorice el Código de salud y seguridad de California, Sección 1389.8 y el Código de seguros, Sección 10119.3.**

Firma del agente certificado de seguros

Nombre en letra de molde

Fecha (mm/dd/aaaa)

PASO 5

Lea y firme esta solicitud.

- Firmo esta solicitud bajo pena de perjurio, lo que significa que he proporcionado respuestas verdaderas a todas las preguntas en lo mejor de mi conocimiento. Sé que puedo estar sujeto a sanciones bajo las leyes federales si proporciono, de manera intencional, información falsa o que no sea verdadera.
- Sé que mi información en este formulario se usará solamente para determinar si soy elegible para el seguro de salud y se mantendrá en privado, como lo exige la ley. Si soy elegible, se usará para ayudarme a inscribirme.
- Sé que debo avisar a SHOP si hay algún cambio en lo que escribí en esta solicitud. Puedo llamar a mi empleador, a mi agente certificado de seguros de Covered California o llamar al **(877) 453-9198** para informar de los cambios.
- Sé que de acuerdo con las leyes federales, no se permite la discriminación basada en raza, color, origen nacional, sexo, edad, orientación sexual, identidad sexual o discapacidad. Puedo presentar una queja de discriminación en www.hhs.gov/ocr/office/file.

Firma del solicitante

Fecha (mm/dd/aaaa)

Empleador _____



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Comuníquese con el agente certificado de seguros de Covered California de su empleador si tiene alguna pregunta, vaya a CoveredCA.com o llámenos al **(877) 453-9198**. To get a copy of this form in English, please call **(877) 453-9198**.

continúa en la siguiente página ➔

STEP 6

Llene esta sección si usted rechaza la cobertura de su empleador, para usted o sus dependientes.

Estoy rechazando cobertura para (marque todas las que correspondan):

- Mí
- Mi esposo/esposa o pareja doméstica
- Mis hijos

Motivo para rechazar la cobertura:

- Estoy cubierto por el plan colectivo de mi esposo/esposa o pareja doméstica.
- Estoy cubierto por una póliza individual.
- Estoy cubierto por Tricare.
- La cobertura es demasiado cara.
(Usted puede ser elegible para un subsidio federal a través del mercado de seguros de salud individuales de Covered California.)
- Estoy cubierto por Medicare.
- Estoy cubierto por Medi-Cal.
- Estoy cubierto por otro seguro:

Anote los nombres de todos los dependientes que rechazan la cobertura:

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Nombre del empleado

Firma de Empleado

Fecha (mm/dd/aaaa)

Empleador _____

PASO 7

Devuelva su solicitud completa y firmada a su empleador.

Su empleador nos enviará su solicitud y nos comunicaremos con usted si necesitamos información adicional o para avisarle si usted ha sido aprobado para la cobertura.

Si usted no está registrado para votar donde usted vive ahora y le gustaría solicitar la inscripción para votar hoy, por favor vaya a registertovote.ca.gov o llame al **1-800-345-VOTE (8683)**.



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Comuníquese con el agente certificado de seguros de Covered California de su empleador si tiene alguna pregunta, vaya a CoveredCA.com o llámenos al **(877) 453-9198**. To get a copy of this form in English, please call **(877) 453-9198**.