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

COVERED CALIFORNIA

Solicitud para los empleadores

Small Business Health Options Program (SHOP, programa de opciones de salud para negocios pequeños) de Covered California, ofrece una nueva manera para que los pequeños empleadores pequeños ofrezcan seguro de salud a los empleados.

LO QUE DEBE SABER

¿Quién puede utilizar esta solicitud?

Para solicitar SHOP, su negocio debe:

- Tener una dirección de la empresa en California , u ofrecer cobertura en el lugar principal de trabajo a los empleados que sean elegibles a través de SHOP
- Tener de 1 a 50 empleados elegibles y,
- Ofrecer cobertura a través de SHOP a todos los empleados de tiempo completo, que en promedio trabajen más de 30 horas por semana:

Qué necesita para solicitar

- Una copia de su licencia comercial local
- Una copia de su DE-9C conciliada
- Documentación comercial adicional (lea el Paso 1)
- Información de los empleados elegibles
  - Nombre completo
  - Número de Seguro Social o número de identificación fiscal
  - Fecha de nacimiento
  - Dirección de la casa
  - Número de teléfono
  - Situación de COBRA/Cal-COBRA
  - Información de los dependientes (si ofrece cobertura para dependientes)

Los empleados que rechacen la cobertura deberán llenar una solicitud del empleado y firmar la sección apropiada de la solicitud.

Obtenga ayuda

- **En línea: www.CoveredCA.com**
- **Por teléfono:** Llame a nuestro Centro de servicios al **(877) 453-9198**
- **In English:** Call our free Service Center at **(877) 453-9198**
- Comuníquese con su agente de seguros
- Comuníquese con el Centro de servicios de SHOP para informarse sobre cómo encontrar un Agente certificado de seguros de Covered California al (877) 543-9198

¿Qué sucederá después?

Usted enviará este formulario y las solicitudes de sus empleados, completas y firmadas, a la dirección de la página 6. Nos comunicaremos con usted a más tardar de 1 a 2 semanas. Le avisaremos si usted es elegible para comprar seguro para su negocio pequeño.

Su información es privada.

- Mantendremos toda su información privada, como lo exige la ley
- Sus respuestas en este formulario se usarán solamente para saber si su negocio es elegible para SHOP y, si es elegible, para facilitar la inscripción.

PASO 1 Para comprobar la elegibilidad para SHOP:

Usted deberá proporcionar lo siguiente:

- ☐ Una copia de su licencia comercial local
- ☐ La DE-9C conciliada por el empleador

Y, los documentos adicionales de abajo:

Usted es:	Usted ha estado en operación por:	Usted deberá proporcionar lo siguiente:		
		Documento 1 (Elija uno)	Documento 2 (Elija uno)	Documento 3 (Elija uno)
☐ **Propietario único**	☐ Menos de 3 meses	☐ Licencia comercial localor o ☐ Registro de nombre comercial ficticio	☐ DE-9C o ☐ Registros de nómina de 30 Días	
	☐ Más de 3 meses	☐ Anexo C o ☐ Licencia comercial local o Licencia de nombre comercial ficticio	☐ DE-9C o ☐ Anexo C si el propietario está inscribiendo	
☐ **Corporación**	☐ Menos de 3 meses	☐ Artículos de incorporación (registrados y sellados)	☐ DE-9C o ☐ Registros de nómina de 30 Días	☐ Declaración de información (si se ofrece cobertura a los funcionarios y no están anotados en la DE-9C) o ☐ Minutas de una junta corporativa con una lista de los nombres de todos los funcionarios
	☐ Más de 3 meses	☐ DE-9C	☐ Declaración de información (si se ofrece cobertura a los funcionarios y no están anotados en la DE-9C)	
☐ **Sociedad**	☐ Menos de 3 meses	☐ Acuerdo de asociación	☐ Carta de asignación de Nº de identificación fiscal federal	☐ DE-9C o ☐ Registros de nómina de 30 días
	☐ Más de 3 meses	☐ DE-9C	☐ Anexo K-1 actual (si los socios no están anotados en la DE-9C) o ☐ Acuerdo de Asociación y carta de nombramiento con ID Federal Fiscal (si el Anexo K-1 aún no está disponible)	
☐ **Sociedad limitada (LP)**	☐ Menos de 3 meses	☐ Acuerdo de asociación	☐ Carta de asignación de Nº de identificación fiscal federal	☐ DE-9C o ☐ Registros de nómina de 30 días
	☐ Más de 3 meses	☐ DE-9C (Los socios limitados de una LP no son elegibles para la cobertura, a menos aparezca en la DE-9C)	☐ Anexo K-1 actual (si los socios generales no están anotados en la DE-9C) o ☐ Acuerdo de Asociación y carta de nombramiento con ID Federal Fiscal (si el Anexo K-1 aún no está disponible)	
☐ **Sociedad de responsabilidad limitada (LLP)**	☐ Menos de 3 meses	☐ Acuerdo de asociación o ☐ Asignación de No de identificación de la carta fiscal federal	☐ DE-9C o ☐ Registros de nómina de 30 Días	
	☐ Más de 3 meses	☐ DE-9C	☐ El Anexo K-1 actual (si los socios no están anotados en la DE-9C) o ☐ Acuerdo de Asociación y carta de nombramiento con ID Federal Fiscal (si el Anexo K-1 aún no está disponible)	
☐ **Compañía de responsabilidad limitada (LLC)**	☐ Menos de 3 meses	☐ Acuerdo de operaciones con los artículos de la organización o ☐ Declaración de información	☐ DE-9C or ☐ Registros de nómina de 30 Días	
	☐ Más de 3 meses	☐ DE-9C	☐ Actual Anexo K-1 pra sociedad, o un Anexo C de propietario único (si los salarios de los miembros de la asociación no figuran en el DE-9C), o ☐ Declaración de información o Artículos de organización con Acuerdo de operación (si no es el anexo K-1 o Anexo C)	

continúa en la siguiente página ➡

PASO 2 Díganos sobre el empleador que ofrece la cobertura.

Los empleadores deben estar ubicados en el mismo estado en el que están comprando cobertura de salud y deben ofrecer cobertura a todos los empleados de tiempo completo (aquellos que trabajen en promedio más de 30 horas por semana).

1. Nombre legal del negocio	2. Número de identificación federal del empleador (FEIN)
3. En operaciones como (nombre comercial)	4. Número de identificación del estado del empleador (SEIN)

5. ¿Qué nombre quiere usted usar con fines de información? ☐ Nombre legal del negocio ☐ En operaciones como

6. Tipo de organización ☐ Privada ☐ Sin fines de lucro ☐ Gobierno ☐ Iglesia o afiliada a una iglesia

7. Cantidad total de empleados en nómina	8. Cantidad total de empleados elegibles	9. Fecha de comienzo de la cobertura pedida	10. Código SIC

11. ☐ Sí, estoy ofreciendo cobertura de salud para dependientes. *(Lea el Paso 7 para indicar la contribución opcional del empleador.)* ☐ No estoy ofreciendo cobertura de salud para dependientes.

12. ☐ Sí, ofrezco cobertura a las parejas domésticas no registradas. ☐ No ofrezco cobertura a las parejas domésticas no registradas.

13. Mi compañía está sujeta a: ☐ COBRA federal ☐ Cal-COBRA

14. ¿Ha empleado usted a 20 personas o más durante 20 semanas o más durante el año calendario actual o anterior? ☐ Sí ☐ No

PASO 3 Díganos con quién comunicarnos sobre esta solicitud.

Contacto principal (las comunicaciones oficiales serán dirigidas al contacto principal)

1. Nombre, apellido y sufijo

2. Número de teléfono ( ) –	3. Dirección de correo electrónico (OPCIONAL)
4. ¿Cuál es el método de comunicación preferido? ☐ Por correo ☐ Correo electrónico ☐ Teléfono	5. Idioma preferido, hablado o escrito (OPCIONAL si no es inglés)

Representante autorizado (si usted quiere nombrar a alguien como su representante autorizado — OPCIONAL)

6. Nombre, apellido y sufijo

7. Número de teléfono ( ) –	8. Dirección de correo electrónico (OPCIONAL)

Dirección de la compañía

9. Dirección del negocio en California: Dirección 1 (debe ser una dirección de California)

10. Dirección 2

11. Ciudad	12. Estado	13. Código postal	14. Condado

15. ¿La dirección postal es la misma que su dirección comercial en California? ☐ Sí ☐ No

16. ¿La dirección de facturación es la misma que su dirección comercial en California? ☐ Sí ☐ No

17. Dirección postal	18. Ciudad	19. Estado	20. Código postal	21. Condado

22. Dirección de facturación

23. Ciudad	24. Estado	25. Código postal	26. Condado

información sobre el agente (si es aplicable)

1. Nombre, segundo nombre, apellido y sufijo

2. Nombre de la agencia general (si es aplicable)	3. Nº de licencia de seguros de CA

4. Covered California agente de seguros certificado ☐ Sí ☐ No

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Comuníquese con su agente si tiene alguna pregunta, vaya a **www.CoveredCA.com**, o llámenos al **(877) 453-9198**.

continúa en la siguiente página ➡

PASO 4

Anote a todos los empleados que serán elegibles para la cobertura (incluso si no pueden inscribirse).

Nota: Si va a incluir las solicitudes de sus empleados con su solicitud de empleador, usted puede pasar al paso 5.

Usted debe incluir a todos los empleados de tiempo completo (que trabajen más de 30 horas por semana en promedio y los empleados de medio tiempo que trabajen de 20 a 29 horas por semana, si se les ofrece cobertura). Usted puede hacer una fotocopia de esta página en blanco y anexar hojas adicionales, según sea necesario.

EMPLEADO

Apellido _____ Sufijo _____

Nº de ident. fiscal o Nº de SS _____

Nombre _____

Segundo nombre _____

Fecha de nacimiento _____ ¿COBRA o Cal-COBRA? S / N

Dirección de su casa _____

Ciudad _____ Condado _____ Estado _____ Código postal _____

¿Esposo/esposa o pareja? S / N* Fecha de nacimiento del esposo/esposa o pareja* _____

Número de niños dependientes menores de 21 años* _____ Número de niños dependientes de 21 a 25 años* _____

EMPLEADO

Apellido _____ Sufijo _____

Nº de ident. fiscal o Nº de SS _____

Nombre _____

Segundo nombre _____

Fecha de nacimiento _____ ¿COBRA o Cal-COBRA? S / N

Dirección de su casa _____

Ciudad _____ Condado _____ Estado _____ Código postal _____

¿Esposo/esposa o pareja? S / N* Fecha de nacimiento del esposo/esposa o pareja* _____

Número de niños dependientes menores de 21 años* _____ Número de niños dependientes de 21 a 25 años* _____

EMPLEADO

Apellido _____ Sufijo _____

Nº de ident. fiscal o Nº de SS _____

Nombre _____

Segundo nombre _____

Fecha de nacimiento _____ ¿COBRA o Cal-COBRA? S / N

Dirección de su casa _____

Ciudad _____ Condado _____ Estado _____ Código postal _____

¿Esposo/esposa o pareja? S / N* Fecha de nacimiento del esposo/esposa o pareja* _____

Número de niños dependientes menores de 21 años* _____ Número de niños dependientes de 21 a 25 años* _____

*** La información de esposo/esposa o pareja y de dependientes se requiere solamente si el empleado decide inscribirlos para la cobertura.**

continúa en la siguiente página ➡

PASO 5 Seleccione un nivel de plan para ofrecerlo a sus empleados.

☐ Bronze ☐ Silver ☐ Gold ☐ Platinum

O, usted puede ofrecer a sus empleados la opportunidad de seleccionar entre dos niveles del plan:

☐ Bronze/Silver ☐ Silver/Gold ☐ Gold/Platinum

PASO 6 Seleccione el plan de referencia dentro de su nivel de plan seleccionado.

(El plan de referencia es el plan que usted elige para determinar la cantidad que usted contribuirá para las cuotas de sus empleados.)

Compañía de seguros de salud _____

Nombre del plan de referencia (sea tan específico como sea posible) _____

En nivel del plan ☐ Bronze ☐ Silver ☐ Gold ☐ Platinum

PASO 7 Especifique la contribución de cuota.

Escriba el porcentaje que usted contribuirá para:

Cuota del empleado _____ % (50% mínimo)

Cuota para dependientes _____ % (opcional, escriba "0" si no contribuirá)

continúa en la siguiente página ➡

PASO 8 Certificación: Lea y firme

Para participar en SHOP, usted deberá dar testimonio de lo siguiente:

A. 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.

B. Entiendo que la información que he proporcionado en este formulario sólo será utilizada para determinar la elegibilidad y para facilitar la inscripción en la cobertura de salud y se mantendrá en privado como lo requiere la ley federal y estatal

C. Mi período de espera cumple con U.S.C. 42. § 300gg-7, Sección 10198.7(c) del Código de seguros de California, según enmiendas de los estatutos 2013-2014, 1st Ex. Sess., ch. 1 § 7 y la Sección 1357.51(c) del Código de salud y seguridad de California, según enmiendas de los estatutos 2013-2014, 1st Ex. Sess., ch. 2, § 2 y todos mis empleados elegibles han cumplido con el período de espera;

D. Si mi lista de empleados está incluida, tengo el consentimiento de todos a quienes he anotado en esta solicitud para incluir su información de identificación personal, como fechas de nacimiento, números de Seguro Social o de identificación fiscal, direcciones y números de teléfono.

E. 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 discapacidad, religión, estado civil, o condición de veterano.

F. Sé que SHOP no considerará aprobada mi cobertura colectiva hasta que hayan recibido el pago del 100 por ciento de la cuota del primer mes.

G. Sé que debo seguir haciendo los pagos de cuotas requeridos para continuar como empleador elegible para SHOP.

H. Sé que debo informar a todos los empleados elegibles de la disponibilidad de la cobertura y, a aquellos que no elijan la cobertura, que deberán esperar un año para obtener cobertura de mi plan colectivo, si después deciden que les gustaría tener cobertura.

I. Entiendo que una vez que SHOP apruebe la cobertura, no se podrá implementar ningún cambio después de mi fecha inicial, hasta mi próximo período anual de elección de cobertura, excepto en la medida en que el empleador calificado ejerza el derecho de cambiar la cobertura con el mismo emisor dentro de los primeros 30 días de la fecha efectiva de la cobertura en virtud del Código de Salud y Seguridad 1357.504 (c) y la Sección del Código de Seguros 10753.06.5 (c).

J. Entiendo que la cobertura de seguro de salud a través de SHOP está sujeto a los términos y condiciones aplicables al contrato emisor de QHP o póliza y la ley estatal aplicable que determinará los procedimientos, exclusiones y limitaciones relativas a la cobertura y que regirán en caso de conflicto de comparación de beneficios del emisor, resumen u otra descripción de la cobertura con SHOP o QHP.

K. Entiendo que una vez que se haya transmitido la información de participación a las compañías de los planes de salud seleccionados, las fechas de inicio de la cobertura colectiva no podrán cambiarse ni podrá terminarse la cobertura, hasta después del primer mes de cobertura.

L. Entiendo que los testimonios de esta sección están sujetos a una auditoría de SHOP en cualquier momento.

M. Entiendo que los testimonios de esta sección deben mantenerse para que mi grupo continúe con la cobertura a través de SHOP.

Firma del propietario del negocio funcionario autorizado de la compañía:	Título
Nombre en letra de molde	Fecha

continúa en la siguiente página ➡

PASO 9

Si un agente certificado de seguros le ayudó a llenar esta solicitud, por favor obtenga su firma 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, 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 autoriza 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

PASO 10

Usted...

☐ **¿leyó y firmo la página 5?**

☐ **¿adjunto toda la información requerida de la primera página?**

☐ **¿llenó la información de todos los empleados elegibles (si incluyó una lista de empleados)?**

☐ **¿obtuvo la firma de su Agente certificado de seguros?**

Nota: Covered California le enviará una factura por su cuota del primer mes.

PASO 11

Envíe por correo la solicitud completa y las solicitudes de sus empleados.

Envíe por correo su solicitud completa, incluyendo todas las solicitudes de los empleados y otros documentos requeridos a:

Covered California
P.O. Box 7010
Newport Beach, CA 92658

Las entregas de un día para otro deberán enviarse a:

Covered California SHOP Service Center
17620 Fitch St.
Irvine, CA 92614

¿Necesita ayuda?

Si tiene alguna pregunta sobre esta solicitud o necesita ayuda para llenarla comuníquese con su agente de seguros de Covered California o llame al **(877) 453-9198**.

To get a copy of this form in English, please call **(877) 453-9198**.