

Covered California para Pequeñas Empresas Formulario de Solicitud para Empleadores 2019



PARA
**PEQUEÑAS
EMPRESAS**

Marque aquí si los cambios entrarán en vigencia con la renovación.
Debe ser recibido antes de la fecha de renovación.

Envíe el formulario completo por fax al (949) 809-3264 o por correo a Covered California a P.O. Box 7010, Newport Beach, CA 92658 Para asistencia llame al (855) 777-6782

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

Por favor, anote el nombre y el Número de Identificación Patronal Federal con el que originalmente solicitó cobertura de Covered California para poder localizar el registro correcto de la empresa. Si el nombre de su empresa ha cambiado, anote el nombre de su empresa en "Información Comercial Actualizada" a continuación.

Nombre del empleador	Número de Identificación Patronal Federal (FEIN, por sus siglas en inglés)
Número de teléfono del empleador () -	N.º de ID de Estuche Covered California para Pequeñas Empresas (CCSB)

MOTIVO DEL CAMBIO (MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA)

FECHA DE EFECTIVIDAD
DD/MM/AAAA

<input type="checkbox"/> CAMBIO EN LA TITULARIDAD COMERCIAL	INDIQUE LA FECHA EFECTIVA DEL CAMBIO DE TITULARIDAD	
<input type="checkbox"/> CAMBIO DE DIRECCIÓN O CUALQUIER OTRA INFORMACIÓN PARA EL NEGOCIO	INDIQUE LA FECHA EFECTIVA DEL CAMBIO DE INFORMACIÓN	
<input type="checkbox"/> EMPLEADOS A DESPEDIR	INDIQUE LA FECHA EFECTIVA DE VENCIMIENTO	
<input type="checkbox"/> CAMBIO DE NIVEL DE PLAN (NIVEL DE METAL)		CAMBIO SERÁ EFECTIVO EN RENOVACIÓN
<input type="checkbox"/> CAMBIO DEL MONTO DE LA CONTRIBUCIÓN DE PRIMAS		CAMBIO SERÁ EFECTIVO EN RENOVACIÓN
<input type="checkbox"/> CAMBIO DEL PLAN DE REFERENCIA		CAMBIO SERÁ EFECTIVO EN RENOVACIÓN
<input type="checkbox"/> ELECCION DE COBERTURA PARA EMPLEADO SOLAMENTE		CAMBIO SERÁ EFECTIVO EN RENOVACIÓN
<input type="checkbox"/> AÑADIR LA COBERTURA DE DEPENDIENTES		CAMBIO SERÁ EFECTIVO EN RENOVACIÓN
<input type="checkbox"/> CAMBIO A LA OFERTA DE ESTERILIDAD		CAMBIO SERÁ EFECTIVO EN RENOVACIÓN
<input type="checkbox"/> MENOS QUE FTE <input type="radio"/> Empleado Solamente <input type="radio"/> Empleado + cónyuge + hijo(s)		
<input type="checkbox"/> 50 a 100 FTE <input type="radio"/> Empleado +hijo(s) <input type="radio"/> Empleado + cónyuge + hijo(s)		
<input type="checkbox"/> Cambiando el estado de COBRA <input type="radio"/> Cal COBRA (19 o menos FTE) a Fed COBRA (20 o más FTE) <input type="radio"/> Fed COBRA (20 o más FTE) a Cal COBRA (19 o menos FTE)		
<input type="checkbox"/> OTRO (DESCRIBIR)		

INFORMACIÓN COMERCIAL ACTUALIZADA (SI CORRESPONDE)

1. NUEVO Razón Social	2. NUEVO Número de Identificación Patronal Federal (FEIN, por sus siglas en inglés)
3. NUEVO Opera comercialmente como (DBA, por sus siglas en inglés)	4. NUEVO Número de Identificación Patronal Estatal (SEIN, por sus siglas en inglés)
5. Cambio en el total de empleados de nómina con respecto al año anterior ANTIGUOS NUEVOS	6. Cambio en el total de empleados elegibles con respecto al año anterior ANTIGUOS NUEVOS

CAMBIO EN LA TITULARIDAD Debe proporcionar los siguientes documentos

<input type="checkbox"/> Único propietario	Licencia de negocio local o Presentación de Nombre Comercial Ficticio Y formulario DE-9C o registros de nómina de 30 días
<input type="checkbox"/> Corporación	Acta Constitutiva (presentada y sellada) Y formulario DE-9C o registros de nómina de 30 días Y Declaración de Información (si los directivos reciben cobertura y no figuran en el formulario DE-9C) o acta de la Junta Corporativa enumerando todos los nombres de los directivos
<input type="checkbox"/> Sociedad	Convenio de Sociedad Y carta de Nombramiento de Identificación Fiscal Federal Y formulario DE-9C o registros de nómina de 30 días
<input type="checkbox"/> Sociedad Limitada (LI, por sus siglas en inglés)	Convenio de Sociedad Y carta de Nombramiento de Identificación Fiscal Federal Y formulario DE-9C o registros de nómina de 30 días
<input type="checkbox"/> Sociedad de Responsabilidad Limitada (LLP por sus siglas en Inglés)	Convenio de Sociedad o Nombramiento de Identificación Fiscal Federal Y formulario DE-9C o registros de nómina de 30 días
<input type="checkbox"/> Corporación de Responsabilidad Limitada (LLC, por sus siglas en inglés)	Acta Constitutiva, Acuerdo Operativo o Declaración de Información Y formulario DE-9C o registros de nómina de 30 días

¿NECESITA AYUDA CON ESTE FORMULARIO? Comuníquese con su Agente de Seguros Certificado, visite CoveredCA.com o llámenos al (855) 777-6782.

COMPLETE SOLO LA INFORMACIÓN QUE HA CAMBIADO**Contacto Principal** (Las comunicaciones oficiales se dirigirán al contacto principal) **Marque aquí si NO hay cambios**

1. Primer nombre, apellido y sufijo

2. Número de teléfono
() -

3. Dirección de correo electrónico (OPCIONAL)

4. ¿Cuál es el método preferido de comunicación?
 Correo Correo electrónico Teléfono

5. Idioma hablado o escrito preferido (OPCIONAL - si no es inglés)

Representante Autorizado (si desea nombrar a alguien como su representante autorizado) - **OPCIONAL**

6. Primer nombre, apellido y sufijo

7. Número de teléfono
() -

8. Dirección de correo electrónico (OPCIONAL)

Dirección de la Empresa

9. Dirección comercial en California - dirección física 1 (debe ser un domicilio en California)

10. Dirección física 2

11. Ciudad

12. Estado

13. Código postal

14. País

15. ¿Su dirección postal es la misma que la dirección comercial en California?

 Sí No

16. ¿Su dirección de facturación es la misma que su dirección comercial de California?

 Sí No

17. Dirección postal

18. Ciudad

19. Estado

20. Código postal

21. País

22. Dirección de facturación

23. Ciudad

24. Estado

25. Código postal

26. País

ENUMERE TODOS LOS EMPLEADOS QUE DEJARÁN DE TENER COBERTURA E INDIQUE EL MOTIVO**CAMBIOS EN LA INFORMACIÓN DEL EMPLEADO:** Para *cambiar* información o la cobertura de un empleado, como agregar un familiar a cargo o cambiar su dirección personal, adjunte un Formulario de Solicitud de Cambio para Empleados.

EMPLEADO APELLIDO	NOMBRE	INICIAL DEL 2º NOMBRE	NSS/N.º DE ID FISCAL
RAZÓN <input type="checkbox"/> Renunciar a la Cobertura <input type="checkbox"/> Muy Caro <input type="checkbox"/> Muerte <input type="checkbox"/> Resignado <input type="checkbox"/> Reducción de Horas <input type="checkbox"/> Terminación con causa <input type="checkbox"/> Separación/Divorcio	ÚLTIMO DÍA DE COBERTURA		
EMPLEADO APELLIDO	NOMBRE	INICIAL DEL 2º NOMBRE	NSS/N.º DE ID FISCAL
RAZÓN <input type="checkbox"/> Renunciar a la Cobertura <input type="checkbox"/> Muy Caro <input type="checkbox"/> Muerte <input type="checkbox"/> Resignado <input type="checkbox"/> Reducción de Horas <input type="checkbox"/> Terminación con causa <input type="checkbox"/> Separación/Divorcio	ÚLTIMO DÍA DE COBERTURA		
EMPLEADO APELLIDO	NOMBRE	INICIAL DEL 2º NOMBRE	NSS/N.º DE ID FISCAL
RAZÓN <input type="checkbox"/> Renunciar a la Cobertura <input type="checkbox"/> Muy Caro <input type="checkbox"/> Muerte <input type="checkbox"/> Resignado <input type="checkbox"/> Reducción de Horas <input type="checkbox"/> Terminación con causa <input type="checkbox"/> Separación/Divorcio	ÚLTIMO DÍA DE COBERTURA		
EMPLEADO APELLIDO	NOMBRE	INICIAL DEL 2º NOMBRE	NSS/N.º DE ID FISCAL
RAZÓN <input type="checkbox"/> Renunciar a la Cobertura <input type="checkbox"/> Muy Caro <input type="checkbox"/> Muerte <input type="checkbox"/> Resignado <input type="checkbox"/> Reducción de Horas <input type="checkbox"/> Terminación con causa <input type="checkbox"/> Separación/Divorcio	ÚLTIMO DÍA DE COBERTURA		
EMPLEADO APELLIDO	NOMBRE	INICIAL DEL 2º NOMBRE	NSS/N.º DE ID FISCAL
RAZÓN <input type="checkbox"/> Renunciar a la Cobertura <input type="checkbox"/> Muy Caro <input type="checkbox"/> Muerte <input type="checkbox"/> Resignado <input type="checkbox"/> Reducción de Horas <input type="checkbox"/> Terminación con causa <input type="checkbox"/> Separación/Divorcio	ÚLTIMO DÍA DE COBERTURA		

¿NECESITA AYUDA CON ESTE FORMULARIO? Comuníquese con su Agente de Seguros Certificado, visite [CoveredCA.com](https://www.coveredca.com) o llámenos al (855) 777-6782.

CAMBIAR EL NIVEL DE PLAN OFRECIDO A SUS EMPLEADOS (SI CORRESPONDE)**TENGA EN CUENTA:** Los niveles de los planes pueden modificarse solo al momento de la renovación.Nivel del Plan **ACTUAL** Bronze Silver Gold PlatinumNivel del Plan **NUEVO** Bronze Silver Gold Platinum**Elección de Doble Nivel:** Usted puede ofrecer a sus empleados la opción de seleccionar entre los niveles de los planes adyacentes como se indica a continuación:Plan de Doble Nivel Bronze + Silver Silver + Gold Gold + Platinum**CAMBIAR SU PLAN DE REFERENCIA** (SI CORRESPONDE)**TENGA EN CUENTA:** Los Planes de Referencia pueden modificarse solo al momento de la renovación.Plan de Referencia **ACTUAL** Proveedor de Seguro Médico _____
Nombre del Plan _____
Nivel del Plan _____Plan de Referencia **NUEVO** Proveedor de Seguro Médico _____
Nombre del Plan _____
Nivel del Plan _____**CAMBIAR SU CONTRIBUCIÓN DE PRIMA** (SI CORRESPONDE)**TENGA EN CUENTA:** Las contribuciones de prima pueden modificarse solo al momento de la renovación.Nivel de Contribución **ACTUAL** Prima del empleado _____% (50% mínimo)
Prima del dependiente _____% (opcional, introduzca "0" si no hay contribución)Nivel de Contribución **NUEVO** Prima del empleado _____% (50% mínimo)
Prima del dependiente _____% (opcional, introduzca "0" si no hay contribución)**ESTERILIDAD**

Quiere ofrecer planes que incluyan cobertura para esterilidad?

 Sí No**Empleadores con 20 o más FTEs:**

- Los empleadores con 20 o más empleados de tiempo completo o su equivalente (FTE por sus siglas en Inglés) que opten por ofrecer beneficios de Infertilidad a sus empleados, todos los productos deben incluir los beneficios de Infertilidad.

- Los empleadores con 20 o más empleados FTE que opten por no ofrecer beneficios de Infertilidad a sus empleados, ningún producto incluirá los beneficios de Infertilidad.

Empleadores con menos de 20 FTE:

- Los empleadores con menos de 20 empleados FTE tienen la opción de incluir los beneficios de Infertilidad sólo en los planes que no son HMO.

Si el empleador opta por ofrecer beneficios de Infertilidad, se aplica lo siguiente:

- Los empleados que seleccionan un producto HMO no pueden seleccionar un plan con beneficios de Infertilidad.
- Los empleados que seleccionen un producto PPO o EPO deben seleccionar un plan con beneficios de Infertilidad.

Si el Empleador opta por no ofrecer beneficios de Infertilidad, se aplica lo siguiente:

- Los empleados que eligen un producto HMO no pueden seleccionar un plan con beneficios de Infertilidad.
- Los empleados que eligen un producto PPO o EPO no pueden seleccionar un plan con beneficios de Infertilidad.

COBERTURA DENTAL

¿Quiere ofrecer cobertura dental?

 Sí No**INFORMACIÓN SOBRE EL AGENTE DE SEGUROS CERTIFICADO**

Califique la atención del Agente de Seguros Certificado que le asistió con la cobertura de seguro médico Covered California.

Nombre del Agente de Seguros Certificado

Dirección de correo electrónico

Número de teléfono

 No me asistió un Agente de Seguros Certificado.¿NECESITA AYUDA CON ESTE FORMULARIO? Comuníquese con su Agente de Seguros Certificado, visite [CoveredCA.com](https://www.coveredca.com) o llámenos al (855) 777-6782.

ATESTADO, ARBITRAJE Y FIRMA – lea, complete y firme.**Para participar en Covered California para la Pequeña Empresa, debe dar fe de lo siguiente:**

- A.) Entiendo que la información proporcionada en este formulario solo se usará 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.
- B.) Mi período de espera está en conformidad con 42 U.S.C. § 300gg-7, Sección 10198.7(c) del Código de Seguros de California, como se enmienda por los Estatutos 2013-2014, 1st Ex. Sess., ch. 1, § 7 y la Sección 1357.51(c) del Código de Salud y Seguridad, como se enmienda por los Estatutos 2013-2014, 1ro Ex. Sess., ch. 2, § 2, y todos mis empleados calificados han cumplido con el período de espera;
- C.) Si incluyo mi lista de empleados, tengo el consentimiento de todos los que he incluido en esta solicitud para incluir su información de identificación personal, incluyendo, pero no limitado a, fechas de nacimiento, números de identificación del Seguro Social o de impuestos, direcciones y números de teléfono.
- D.) Sé que bajo la ley federal, la discriminación no está permitida por raza, color, origen nacional, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género, discapacidad, religión, estado civil o estado de veterano.
- E.) Sé que CCSB no considerará la cobertura de mi grupo aprobada hasta que CCSB haya recibido el 85 por ciento del pago del primer mes.
- F.) Sé que debo continuar haciendo los pagos de primas requeridos para seguir siendo un empleador elegible en CCSB.
- G.) Sé que debo informar a todos los empleados elegibles de la disponibilidad de cobertura y que aquellos que no eligen cobertura deben esperar un año o experimentar un evento calificado para obtener cobertura a través de mi plan de grupo si deciden más tarde que les gustaría tener cobertura.
- H.) Entiendo que una vez que la cobertura sea aprobada por CCSB, los cambios en la cobertura no podrán implementarse después de mi fecha de vigencia hasta mi próxima elección anual del período de cobertura, excepto en la medida en que el empleador calificado ejerza el derecho de cambiar cobertura con el mismo emisor dentro de los primeros 30 días a partir de la fecha de vigencia de la cobertura de conformidad con el Código de Salud y Seguridad 1357.504 (c) y la Sección 10753.06.5 (c) del Código de Seguros.
- I.) Entiendo que la cobertura del seguro de salud a través de la CCSB está sujeta a los términos y condiciones aplicables del contrato o póliza del emisor de QHP y la ley estatal aplicable, la cual determinará los procedimientos, exclusiones y limitaciones relacionados con la cobertura y registraré en caso de cualquier conflicto con CCSB o comparación de beneficios de emisor de QHP, resumen u otra descripción de cobertura.
- J.) Entiendo que una vez que la información de la membresía se transmite a los emisores del plan de salud seleccionados, las fechas de vigencia de la cobertura de grupo no pueden cambiarse ni se puede terminar la cobertura hasta después del primer mes de cobertura.
- K.) Entiendo que los atestados en esta sección están sujetos a auditoría por CCSB en cualquier momento.
- L.) Entiendo que los atestados en esta sección deben mantenerse para que mi grupo continúe la cobertura a través de CCSB.
- M.) Certifico que el número total de empleados equivalentes a tiempo completo (FTE) que he proporcionado en la casilla 7, página 2 de esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

 He leído y atestigo los requisitos anteriores para participar en CCSB.**Acuerdo de Arbitraje Vinculante:**

Entiendo que si selecciono un Plan de Salud que usa el arbitraje obligatorio para resolver disputas, estoy de acuerdo en arbitrar las reclamaciones relacionadas con mi membresía o la de mi dependiente participante en el Plan de Salud (excepto los casos y reclamos que no pueden ser sujetos a arbitraje vinculante bajo la ley vigente). Entiendo que cualquier disputa entre mí, y mis herederos, parientes u otras partes asociadas, por otro parte, y el Plan de Salud, cualquier proveedor de atención médica contratado, administradores u otras partes asociadas, por otra parte, por presunta violación de cualquier deber derivado o relacionados con la afiliación al Plan de Salud, incluyendo, para la responsabilidad de los locales, relacionados con la cobertura o entrega de servicios o artículos, o si yo selecciono un Plan de Salud Kaiser Permanente, incluyendo cualquier reclamo por negligencia médica o hospitalaria (una afirmación de que los servicios médicos eran innecesarios o no autorizados o se realizaron de manera inapropiada, negligente o incompetente), independientemente de la teoría legal, debe ser decidido por arbitraje obligatorio bajo la ley de California y no por una demanda o recurso a un proceso judicial, a menos que la ley aplicable estipule revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Estoy de acuerdo en renunciar a nuestro derecho a un juicio con jurado y aceptar el uso del arbitraje vinculante. Entiendo que la disposición de arbitraje completo está en el documento de cobertura del Plan de Salud, el cual está disponible para mi revisión.

 He leído y acepto el Acuerdo de Arbitraje Vinculante.**FIRME EL FORMULARIO Y ENVIÉLO A COVERED CALIFORNIA**

Firma del Propietario de la Empresa/Oficial de la Compañía Autorizada	Título
Escriba el nombre	Fecha



¿NECESITA AYUDA CON ESTE FORMULARIO? Comuníquese con su Agente de Seguros Certificado, visite CoveredCA.com o llámenos al (855) 777-6782.