

Covered California para Pequeñas Empresas

Formulario de Solicitud para Empleadores



COVERED CALIFORNIA
SMALL BUSINESS

☐ Marque aquí si hay cambios efectivos en la renovación.
Debe recibirse antes de la fecha de renovación.

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

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

Indique el nombre y el número de identificación federal del empleador con el que solicitó originalmente la cobertura de Covered California para que podamos ubicar el registro correcto de la empresa. Si el nombre de la empresa ha cambiado, indique el nuevo nombre de la empresa en "Información comercial actualizada" a continuación

Nombre del empleador	Número de Identificación Federal del Empleador (FEIN)	Código SIC (clasificación industrial estándar)
Número de teléfono del empleador () -	Covered California para pequeñas empresas (CCSB) # de Grupo	

MOTIVO DEL CAMBIO (MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA)

FECHA EFECTIVA
MM/DD/AAAA

☐ CAMBIO DE PROPIETARIO	INDIQUE LA FECHA DE CAMBIO DE PROPIETARIO	
☐ CAMBIO DE DIRECCIÓN U OTRA INFORMACIÓN DEL NEGOCIO.	INDICAR FECHA DEL CAMBIO DE INFORMACIÓN	
☐ EMPLEADOS PARA SER DADOS DE BAJA	INDICAR FECHA EFECTIVA DE TERMINACIÓN	
☐ CAMBIO DE NIVEL DE PLAN (NIVEL METAL)		CAMBIO SERÁ EFECTIVO EN LA RENOVACIÓN
☐ CAMBIO DE MONTO DE APOORTE DE PRIMA		CAMBIO SERÁ EFECTIVO EN LA RENOVACIÓN
☐ CAMBIO DE PLAN DE REFERENCIA		CAMBIO SERÁ EFECTIVO EN LA RENOVACIÓN
☐ ELECCIÓN DE COBERTURA PARA EMPLEADO SOLAMENTE		CAMBIO SERÁ EFECTIVO EN LA RENOVACIÓN
☐ AÑADIR LA COBERTURA DE DEPENDIENTES		CAMBIO SERÁ EFECTIVO EN LA RENOVACIÓN
☐ CAMBIO A LA OFERTA DE ESTERILIDAD		CAMBIO SERÁ EFECTIVO EN LA RENOVACIÓN
☐ MENOS QUE FTE ☐ Empleado Solamente ☐ Empleado + Familia		
☐ 50 a 100 FTE ☐ Empleado +hijo(s) ☐ Empleado + Familia		
☐ CAMBIO DE ESTADO DE COBRA ☐ Cal COBRA (19 o menos empleados tiempo completo) a COBRA Federal (20 o más empleados tiempo completo) ☐ CCOBRA Federal (20 ó más empleados tiempo completo) a Cal COBRA (19 ó menos empleados tiempo completo)		
☐ OTRO (por favor explique)		

INFORMACIÓN ACTUALIZADA DE LA EMPRESA (SI APLICA)

1. NUEVO nombre legal de la empresa	2. NUEVO Número de identificación federal del empleador (FEIN)
3. NUEVO Haciendo negocios como (DBA)	4. NUEVO Número de Identificación Estatal del empleador (SEIN)

CAMBIO DE TITULAR	Debe proporcionar los siguientes documentos
☐ Propietario único	Licencia local comercial o nombre comercial ficticio Y DE-9C o registros de nómina de 30 días
☐ Corporación	Artículos de incorporación (presentados y sellados) Y DE-9C o Registros de nómina de 30 días Y Declaración de información (si a los funcionarios se les ofrece cobertura y no figuran en el DE-9C) o Actas de juntas corporativas que enumeran todos los nombres de los funcionarios
☐ Sociedad	Acuerdo de asociación Y carta de cita para identificación fiscal federal Y DE-9C o registros de nómina de 30 días
☐ Sociedad Limitada (LI)	Acuerdo de asociación Y carta de cita para identificación fiscal federal Y DE-9C o registros de nómina de 30 días
☐ Sociedad de responsabilidad limitada (LLP)	Acuerdo de asociación o cita para identificación fiscal federal Y DE-9C o registros de nómina de 30 días
☐ Empresa de responsabilidad limitada (LLC)	Artículos de acuerdo operativo de organización o declaración de información Y DE-9C o registros de nómina de 30 días

¿NECESITA AYUDA CON ESTE FORMULARIO? Comuníquese con su agente de seguros certificado de Covered California si tiene preguntas, visite [CoveredCA.com /forsmallbusiness](https://coveredca.com/forsmallbusiness) o llámenos al (855) 777-6782. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al (855) 777-6782

continúa en la siguiente página ➔

Nombre del empleador	# de Grupo CCSB
----------------------	-----------------

COMCLETE SOLO LA INFORMACIÓN QUE HA CAMBIADO

☐ Marque aquí si NO hay cambios

Contacto principal (comunicaciones oficiales serán dirigidas al contacto principal)

1. Nombre, apellido y sufijo	
2. Número de teléfono () —	3. Dirección de correo electrónico
4. ¿Opta no recibir correspondencia por correo regular? ☐ Si ☐ No	5. Idioma preferido hablado o escrito (OPCIONAL, de no ser inglés)

Representante autorizado (si desea nombrar a alguien como su representante autorizado, OPCIONAL)

6. Nombre, apellido y sufijo	
7. Número de teléfono () —	8. Dirección de correo electrónico

Direcciones de la empresa

9. Domicilio comercial en California: dirección de calle 1 (debe ser una dirección de calle en California)			
10. Dirección de calle 2			
11. Ciudad	12. Estado	13. Código postal	14. Condado
15. ¿La dirección postal es la misma que el domicilio comercial en California? ☐ Yes ☐ No		16. ¿Su dirección de facturación es la misma que la dirección comercial en California? ☐ Si ☐ No	
17. Dirección de correo	18. Ciudad	19. Estado	20. Código postal
		21. Condado	

Información del agente (si aplica)

ENUMERE EMPLEADOS QUE ESTE DANDO DE BAJA DE LA COBERTURA E INDIQUE LA RAZÓN

CAMBIOS EN LA INFORMACIÓN DEL EMPLEADO: Para cambiar la información o la cobertura del empleado, tal como agregar un dependiente o cambiar el domicilio, por favor adjunte un formulario completo para solicitud de cambios para empleados.

APPELLIDO DEL EMPLEADO	PRIMER NOMBRE	SN	Seguro Social / Número de identificación fiscal
RAZON ☐ Declinar cobertura ☐ Reducción de horas	☐ Demasiado caro ☐ Terminación con causa	☐ Death ☐ Separación/Divorcio	ÚLTIMO DÍA DE COBERTURA
APPELLIDO DEL EMPLEADO	PRIMER NOMBRE	SN	Seguro Social / Número de identificación fiscal
RAZON ☐ Declinar cobertura ☐ Reducción de horas	☐ Demasiado caro ☐ Terminación con causa	☐ Fallecimiento ☐ Separación/Divorcio	ÚLTIMO DÍA DE COBERTURA
APPELLIDO DEL EMPLEADO	PRIMER NOMBRE	SN	Seguro Social / Número de identificación fiscal
RAZON ☐ Declinar cobertura ☐ Reducción de horas	☐ Demasiado caro ☐ Terminación con causa	☐ Fallecimiento ☐ Separación/Divorcio	ÚLTIMO DÍA DE COBERTURA
APPELLIDO DEL EMPLEADO	PRIMER NOMBRE	SN	Seguro Social / Número de identificación fiscal
RAZON ☐ Declinar cobertura ☐ Reducción de horas	☐ Demasiado caro ☐ Terminación con causa	☐ Fallecimiento ☐ Separación/Divorcio	ÚLTIMO DÍA DE COBERTURA
APPELLIDO DEL EMPLEADO	PRIMER NOMBRE	SN	Seguro Social / Número de identificación fiscal
RAZON ☐ Declinar cobertura ☐ Reducción de horas	☐ Demasiado caro ☐ Terminación con causa	☐ Fallecimiento ☐ Separación/Divorcio	ÚLTIMO DÍA DE COBERTURA

? ¿NECESITA AYUDA CON ESTE FORMULARIO? Comuníquese con su agente de seguros certificado de Covered California si tiene preguntas, visite [coveredCA.com /forsmallbusiness](https://coveredca.com/forsmallbusiness) o llámenos al (855) 777-6782. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al (855) 777-6782

CAMBIAR LOS NIVELES DEL PLAN OFRECIDOS A SUS EMPLEADOS (SI APLICA)**TENGA EN CUENTA:** los niveles del plan se pueden cambiar solo durante la renovación.**1 Planes de Nivel Metal:** puede ofrecer a sus empleados la opción de seleccionar entre niveles del plan como se indica a continuación:**1 Planes Nivel Metal**☐ Bronze☐ Silver☐ Gold☐ Platinum**2 Planes de Nivel Metal:** puede ofrecer a sus empleados la opción de seleccionar niveles de los planes a continuación:**2 Planes Nivel Metal**☐ Bronze + Silver☐ Silver + Gold☐ Gold + Platinum**3 Planes de Nivel Metal:** puede ofrecer a sus empleados la opción de seleccionar niveles de los planes a continuación:**3 Planes Nivel Metal**☐ Bronze + Silver + Gold☐ Silver + Gold + Platinum**4 Planes de Nivel Metal:** puede ofrecer a sus empleados la opción de seleccionar niveles de los planes a continuación:**4 Planes Nivel Metal**☐ Bronze + Silver + Gold + Platinum**CAMBIAR SU PLAN DE REFERENCIA** (SI APLICA)**TENGA EN CUENTA:** los planes de referencia solo se pueden cambiar en el momento de la renovación.**NUEVO Plan de Referencia**

Empresa del Plan de Salud

Nombre del Plan

Nivel de Plan

CAMBIAR SU APORTACIÓN DE PRIMA (SI APLICA)**TENGA EN CUENTA:** las contribuciones de prima se pueden cambiar solo al momento de la renovación.**NUEVO nivel de contribución**

Prima de empleado _____ % (50% mínimo)

Prima de dependiente _____ % (opcional, ingrese "0" si no hay contribución)

INFERTILIDAD**¿Desea ofrecer planes que incluyan cobertura de infertilidad?**☐ Si☐ No

Todos los empleadores tienen la opción de ofrecer cobertura de infertilidad como parte de su seguro de salud. Si un empleador elige ofrecer beneficios de infertilidad a sus empleados, todos los planes de seguro de salud disponibles incluirán beneficios de infertilidad. Si un empleador elige no ofrecer cobertura de infertilidad a sus empleados, los planes de seguro de salud disponibles para sus empleados no incluirán beneficios de infertilidad.



¿NECESITA AYUDA CON ESTE FORMULARIO? Comuníquese con su agente de seguros certificado de Covered California si tiene preguntas, visite CoveredCA.com/forsmallbusiness o llámenos al (855) 777-6782. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al (855) 777-6782

continúa en la siguiente página ➡

Nombre del empleador	# de Grupo CCSB
----------------------	-----------------

COBERTURA DENTAL

¿Quiere ofrecer cobertura dental? ☐ Si ☐ No

CAMBIAR SU PLAN DENTAL DE REFERENCIA (SI APLICA)

TENGA EN CUENTA: Los planes de referencia dental pueden cambiarse solo en el momento de la renovación.

NUEVO Plan de Referencia

Empresa del plan Dental _____
Nombre del Plan _____
Nivel del Plan _____

CAMBIAR SU CONTRIBUCIÓN DE PRIMA DENTAL (SI APLICA)

TENGA EN CUENTA: Las contribuciones de la prima Dental solo se pueden cambiar en el momento de la renovación.

NUEVO nivel de contribución

Prima de empleado _____% (opcional, ingrese "0" si no hay contribución)
Prima de dependiente _____% (opcional, ingrese "0" si no hay contribución)

INFORMACIÓN DEL AGENTE DE SEGUROS CERTIFICADO

Indique el agente de seguros certificado que lo ayudó con su cobertura de salud de Covered California para pequeñas empresas

Nombre del agente de seguros certificado	Correo electrónico	Número de teléfono
--	--------------------	--------------------

☐ No recibí asistencia de un agente de seguros certificado.

CERTIFICACIÓN, ARBITRAJE – leer, completar y firmar.

Para participar en Covered California para pequeñas empresas, debe dar fe de lo siguiente:

- A.) Entiendo que la información que proporcioné en este formulario solo se utilizará para determinar la elegibilidad y para facilitar la inscripción en la cobertura de salud y se mantendrá confidencial según lo exigen las leyes federales y estatales.
- B.) Mi período de espera cumple con 42 U.S.C. § 300gg-7, Sección 10198.7(c) del Código de Seguros de California, modificado por los Estatutos 2013-2014, 1. Ex. Ses., cap. 1, § 7 y la Sección 1357.51(c) del Código de Salud y Seguridad de California, modificado por los Estatutos 2013-2014, 1er Ex. Ses., cap. 2, § 2, y todos mis los empleados calificados han cumplido con el período de espera;
- C.) Si se incluye mi lista de empleados, tengo el consentimiento de todos los que he incluido en esta solicitud para proporcionar su información de identificación personal, incluido, entre otros, fechas de nacimiento, números de identificación fiscal o del Seguro Social, direcciones y números de teléfono.
- D.) Sé que, según la ley federal, no se permite la discriminación por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género, discapacidad, religión, estado civil o estatus de veterano.
- E.) Sé que SHOP no considerará aprobada mi cobertura grupal hasta que la factura inicial haya sido pagada en su totalidad y entregada a SHOP o sellada de recibido en la fecha de vencimiento indicada en la factura.
- F.) Sé que debo continuar haciendo los pagos requeridos del saldo total adeudado antes de la fecha de vencimiento que figura en la factura, para continuar siendo un empleador elegible por medio de SHOP.
- G.) Sé que debo informar a todos los empleados elegibles sobre la disponibilidad de cobertura y que aquellos que no elijan cobertura deben esperar un año o experimentar un evento calificativo para obtener cobertura a través de mi plan grupal si decidieran que les gustaría obtener cobertura.
- H.) Entiendo que una vez que CCSB apruebe la cobertura, los cambios a la cobertura no se pueden implementar después de mi fecha de vigencia hasta la próxima elección del período de cobertura anual, 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 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 de seguro médico a través de CCSB está sujeta a los términos y condiciones aplicables del contrato o póliza del emisor de QHP y ley estatal aplicable, que determinará los procedimientos, exclusiones y limitaciones relacionadas con la cobertura y registrará en caso de cualquier conflicto con la comparación de beneficios del emisor de CCSB o QHP, resumen u otra descripción de la cobertura.
- J.) Entiendo que una vez que la información de membresía se transmite a los emisores del plan de salud seleccionados, las fechas de vigencia de la cobertura grupal no se pueden cambiar, ni se puede cancelar la cobertura hasta después del primer mes de cobertura.
- K.) Entiendo que las certificaciones en esta sección están sujetas a auditoría por parte de CCSB en cualquier momento.
- L.) Entiendo que las certificaciones en esta sección deben mantenerse para que mi grupo continúe con la cobertura a través de CCSB.

☐ He leído y doy fe de los requisitos anteriores para participar en CCSB.

Acuerdo de arbitraje vinculante

Entiendo que, si selecciono un plan de salud que utiliza el arbitraje vinculante obligatorio para resolver disputas, acepto arbitrar las reclamaciones que se relacionan con mi o un afiliado dependiente del Plan de salud (excepto en los casos del tribunal de reclamos menores y los reclamos que no pueden estar sujetos a arbitraje vinculante según las leyes vigentes). Entiendo que cualquier disputa entre mí, mis herederos, parientes u otras partes asociadas por un lado y el Plan de Salud, cualquier proveedor de salud contratado, administradores u otras partes asociadas, por otro lado, por la supuesta violación de cualquier deber que surja de o esté relacionado con la membresía del Plan de salud, incluido, por responsabilidad de las instalaciones, en relación con la cobertura o la entrega de servicios o artículos, o, si selecciono un plan Kaiser Permanente de Salud, incluido cualquier reclamo por negligencia médica u hospitalaria (un reclamo de que los servicios médicos eran innecesarios o no estaban autorizados o prestados de manera inapropiada, negligente o incompetente), independientemente de la teoría legal, debe decidirse mediante arbitraje vinculante según la ley de California y no mediante demanda o recurrir a un proceso judicial, excepto que la ley aplicable disponga la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Acepto renunciar a nuestro derecho a un juicio con jurado y aceptar el uso del arbitraje vinculante. Entiendo que la disposición completa de arbitraje se encuentra en el documento de cobertura del plan de salud, que está disponible y puedo revisarlo.

☐ He leído y acepto el Acuerdo de arbitraje vinculante

FIRME EL FORMULARIO Y ENVÍELO A COVERED CALIFORNIA

Firma del propietario de la empresa/funcionario autorizado de la empresa	Título
Nombre en letra de molde	Fecha

 **¿NECESITA AYUDA CON ESTE FORMULARIO?** Comuníquese con su agente de seguros certificado de Covered California si tiene preguntas, visite [CoveredCA.com /forsmallbusiness](https://CoveredCA.com/forsmallbusiness) o llámenos al (855) 777-6782. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al (855) 777-6782

continúa en la siguiente página ➡