

BIỂU MẪU BẢO HIỂM NGƯỜI SỬ DỤNG LAO ĐỘNG

Sử dụng biểu mẫu này để trả lời các câu hỏi trong đơn đăng ký DC Health Link của ông/bà, Phụ lục A. Phần của đơn yêu cầu thông tin về bất kỳ chương trình bảo hiểm sức khỏe nào của chủ lao động mà ông/bà đủ điều kiện nhận (ngay cả khi đó là công việc của người khác, như cha mẹ hoặc vợ/chồng). Thông tin trong các ô được đánh số dưới đây khớp với các ô trong Phụ lục A. Ví dụ, ông/bà có thể sử dụng câu trả lời cho câu hỏi 14 trên trang này để trả lời câu 14 trong Phụ lục A. **Viết tên của ông/bà và số An sinh xã hội vào ô 1 và 2 và hỏi nhà sử dụng lao động để điền vào phần còn lại của biểu mẫu. Điền biểu cho từng chủ lao động cung cấp bảo hiểm sức khỏe mà ông/bà đủ điều kiện.**



Thông tin NGƯỜI LAO ĐỘNG

Người lao động cần điền phần này.

1. Tên người lao động (Tên, Đệm, Họ)

2. Số An Sinh Xã Hội Của Người Lao Động

				-			-				
--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--



Thông tin NGƯỜI SỬ DỤNG LAO ĐỘNG

Hỏi Người chủ lao động về thông tin bên dưới.

3. Tên chủ lao động

4. Số đăng ký kinh doanh (EIN)

		-							
--	--	---	--	--	--	--	--	--	--

5. Địa chỉ doanh nghiệp (Marketplace sẽ gửi thông báo đến địa chỉ này)

6. Số điện thoại doanh nghiệp

()			-				
---	--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

7. Thành phố

8. Tiểu bang

9. Mã bưu chính

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

10. Chúng tôi có thể liên hệ với ai về bảo hiểm sức khỏe của nhân viên có việc làm này?

11. Số điện thoại (nếu khác với ở trên)

()			-				
---	--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

12. Địa chỉ email

13. Nhân viên hiện có đủ điều kiện nhận bảo hiểm do chủ lao động này cung cấp không, hay sẽ đủ điều kiện trong 3 tháng tới?

Có (Đến câu hỏi số 13a.)

13a. Nếu nhân viên hiện không đủ điều kiện, kể cả do thời gian chờ đợi hoặc thử việc, thì khi nào nhân viên đủ điều kiện được bảo hiểm? ____/____/____ (TH/NG/NNNN) (Đến câu hỏi tiếp theo)

Không (DỪNG LẠI và trả lại đơn này cho người lao động)

Hãy cho chúng tôi biết về **Chương Trình Chăm Sóc Sức Khỏe** cho người lao động này.

Chủ lao động có cung cấp một chương trình chăm sóc sức khỏe bao gồm cho vợ/chồng hoặc người phụ thuộc của nhân viên không?

Có. Dành cho? Vợ/chồng Người phụ thuộc

Không

(Đến câu hỏi số 14)

14. Người sử dụng lao động có cung cấp chương trình chăm sóc sức khỏe đáp ứng tiêu chuẩn giá trị tối thiểu* không?

Có (Đến câu hỏi số 15) Không (DỪNG LẠI và trả lại đơn này cho người lao động)

15. Đối với gói chi phí thấp nhất đáp ứng tiêu chuẩn giá trị tối thiểu* chỉ được cung cấp cho nhân viên (không bao gồm các gói dành cho gia đình): Nếu chủ lao động có các chương trình chăm sóc sức khỏe, hãy cung cấp mức phí bảo hiểm mà nhân viên sẽ trả nếu họ nhận được giảm giá tối đa cho bất kỳ chương trình cai thuốc lá nào và không nhận bất kỳ chiết khấu nào khác dựa trên các chương trình chăm sóc sức khỏe.

a. Người lao động sẽ phải trả chi phí bao nhiêu cho chương trình bảo hiểm này? \$

--	--	--	--	--	--

b. Định kỳ? Hàng tuần Mỗi 2 tuần 2 lần/tháng 1 lần/tháng Hàng quý Hàng năm (Đến câu hỏi tiếp)

Nếu năm bảo hiểm sắp kết thúc và ông/bà biết rằng các chương trình sức khỏe sẽ thay đổi, hãy đến câu hỏi 16. Nếu ông/bà không biết, hãy DỪNG lại và gửi lại biểu mẫu này cho nhân viên

16. Người sử dụng lao động sẽ thực hiện thay đổi gì cho năm bảo hiểm mới?

Chủ lao động sẽ không cung cấp bảo hiểm sức khỏe

Người sử dụng lao động sẽ bắt đầu cung cấp bảo hiểm sức khỏe cho nhân viên hoặc thay đổi mức phí bảo hiểm cho gói chi phí thấp nhất đáp ứng tiêu chuẩn giá trị tối thiểu* và chỉ dành cho nhân viên. (Phí bảo hiểm phải phản ánh mức chiết khấu cho các chương trình chăm sóc sức khỏe. Xem câu hỏi 15.)

a. Nhân viên sẽ phải trả bao nhiêu tiền bảo hiểm cho kế hoạch đó? \$

--	--	--	--	--	--

b. Định kỳ? Hàng tuần Mỗi 2 tuần 2 lần/tháng 1 lần/tháng Hàng quý Hàng năm

c. Ngày thay đổi (th/ng/nnnn):

*Chương trình bảo hiểm sức khỏe được tài trợ bởi doanh nghiệp đáp ứng "tiêu chuẩn giá trị tối thiểu" nếu tổng chi phí phúc lợi được bao trả chiếm không ít hơn 60 phần trăm tổng chi phí của chương trình (Mục 36B (c) (2) (C) (ii) của Bộ Luật Thuế vụ năm 1986).



ĐỂ TRỢ GIÚP ĐĂNG KÝ? Truy cập DCHealthLink.com hoặc gọi chúng tôi tại **1-855-532-5465**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-855-532-5465**. Nếu ông/bà cần trợ giúp không phải bằng tiếng anh, gọi **1-855-532-5465** và nói với chuyên viên hỗ trợ khách hàng ngôn ngữ ông/bà cần. Chúng tôi không tính phí cho ông/bà. Người dùng TTY nên gọi **711**.