DHHS 116M-SP
Rev. 12/2022

Estado de Utah
Departamento de Salud y Servicios Humanos

INFORMACIÓN DEL SEGURO DE SALUD DEL EMPLEADOR

Complete este formulario para cada miembro del hogar empleado. El representante o Departamento de Recursos Humanos de su empleador que administra los beneficios de los empleados tiene que completarlo.

Nombre del Empleado: _____
Primer Nombre | Inicial de 2º Nombre | Apellido

Nº de Seguro Social (opcional) o Fecha de Nacimiento: _____ Nº Caso de eREP: _____

Nombre del empleador: _____ Nº EIN: _____

1. ¿Ofrece su empresa segura de salud? …… ☐ Sí ☐ No
   En caso negativo, vaya a la sección E, firma lo y devuelva el formulario.
2. ¿Cuándo comienza el período de inscripción de su empresa? (mm/dd/aa) _____

A. Acceso a un Plan de Salud Calificado:

3. ¿Ofrece su empresa algún plan de salud que cumpla con todo lo siguiente?..... ☐ Sí ☐ No
   - El deducible de la red es de $4,000 o menos por persona.
   - El plan paga al menos el 70% de una estancia hospitalaria después de que el empleado cumpla con el deducible dentro de la red.
   - El plan cubre las visitas médicas, la atención hospitalaria y ambulatoria, los medicamentos recetados, los servicios de laboratorio, los servicios preventivos y de bienestar, el embarazo y el parto.
   - El empleador paga al menos el 50% del costo.
   - El máximo de por vida es de $ 1,000,000 o más, o el plan no tiene un máximo.
4. ¿Cómo cubren esos planes los servicios de aborto? Esto se puede encontrar típicamente en las secciones de maternidad/embarazo o exclusión de su póliza. (marque uno)
   - ☐ No cubre el aborto en ninguna circunstancia
   - ☐ El plan cubre el aborto electivo
   - ☐ Cubre el aborto sólo si la vida de la madre está en riesgo peligro si el feto fuera llevado al plazo completo del embarazo, o en caso de incesto o violación (el plan expresa exactamente este lenguaje)
   - ☐ Otro, o si varios planes que ofrecen coberturas diferentes, explica por favor: _____

B. Plan Más Económico

Complete la siguiente tabla para el plan que costaría menos al empleado. No incluya el costo de la cobertura dental, visual u otra cobertura si no está incluido en el monto de la prima del seguro médico.

Prima Mensual		
	Porción del empleado	Porción de la empresa
Empleado	$	$
Empleado + Cónyuge	$	
Empleado + Niño	$	
Familia	$	

Deducible Anual del Plan de Salud	
Importe Individual	$
Importe de la Familia	$

5. ¿Es este plan de seguro de salud un plan de beneficios para empleados estatales? …… ☐ Sí ☐ No

Si el empleado está inscrito en el seguro de salud, vaya a la sección D.

C. Plan Más Económico que Ofrece el Empleador

6. ¿El empleado es elegible para inscribirse en un plan de seguro de salud?..... ☐ Sí ☐ No
   En caso negativo, ¿por qué no? _____
7. ¿El empleado calificaba para inscribirse en el último período de inscripción abierta?..... ☐ Sí ☐ No
8. ¿Este empleado o algún miembro de la familia ha perdido o se le ha reducido la cobertura en los últimos 90 días? …….. ☐ Sí ☐ No
   En caso afirmativo, nombre(s): _____
   En caso afirmativo, ¿cuándo terminó/cambió la cobertura? (mm/dd/aa) _____

D. Información de Plan de Salud del Empleado

9. ¿Este empleado o algún miembro de la familia está inscrito en cualquier plan de seguro ofrecido? ……. ☐ Sí ☐ No
   En caso negativo, vaya a la sección E
   En caso afirmativo, nombre(s) de la(s) persona(s) inscritas: _____
   ¿Cuándo comenzó la cobertura? (mm/dd/aa): _____
   Nombre de la compañía de seguros y del plan: _____
   Número de póliza: _____ Número de grupo: _____
   ¿Cuál es la fecha del cheque de la primera deducción de prima? _____
10. ¿El plan de salud elegido por el empleado cumple con todo lo siguiente? ……... ☐ Sí ☐ No
    - El deducible de la red es de $4,000 o menos por persona.
    - El plan paga al menos el 70% de una estancia hospitalaria después de que el empleado cumpla con el deducible dentro de la red.
    - El plan cubre las visitas médicas, la atención hospitalaria y ambulatoria, los medicamentos recetados, los servicios de laboratorio, los servicios preventivos y de bienestar, el embarazo y el parto.
    - El empleador paga al menos el 50% del costo.
    - El máximo de por vida es de $ 1,000,000 o más, o el plan no tiene un máximo.
11. ¿Cómo cubre el plan los servicios de aborto? Esto se puede encontrar típicamente en las secciones de maternidad/embarazo o exclusión de su póliza. (marque uno)
    ☐ No cubre el aborto en ninguna circunstancia.
    ☐ El plan cubre el aborto electivo.
    ☐ Cubre el aborto sólo si la vida de la madre está en riesgo peligro si el feto fuera llevado al plazo completo del embarazo, o en caso de incesto o violación (el plan expresa exactamente este lenguaje).
    ☐ Otro, o si varios planes que ofrecen coberturas diferentes, explica por favor: _____
    _____
12. ¿Cuál es el costo mensual de la prima de este plan para un solo empleado, sin incluir a ningún otro miembro de la familia?

El costo mensual de la prima de este plan para un solo empleado	
Costo del empleado	Costo del empleador
$	$

13. Complete esta tabla indicando los beneficios en que está inscrito el empleado. Llene todas las casillas aplicables.
    Prima deducida del cheque de este empleado

¿Con qué frecuencia se deduce la prima?
☐ Semanal ☐ Cada 2 semanas ☐ Bimensual ☐ Mensual ☐ Otro (Explicar:) _____

	Médica (necesaria)	Dental (opcional)	Visión (opcional)
Empleado	$	$	$
Empleado + Cónyuge	$	$	$
Empleado + Niño	$	$	$
Familia	$	$	$

Deducible anual del plan de salud	
Importe individual	$
Importe de la familia	$

14. Por favor indique los niños que tienen cobertura dental? _____

E. Firma

Nombre (letra imprenta): _____ Cargo: _____
Teléfono: _____ Correo-e: _____
Firma: _____ Fecha: _____

Favor de devolver este formulario completo a:

Department of Workforce Services, PO Box 143245, SLC, UT 84114-3245
Fax: 1-801-526-9500 o Número Gratis de Fax: 1-877-313-4717

Programa de Empleador de Oportunidad Igualitaria
Disponemos de ayudas auxiliares (adaptación) y servicios para personas con discapacidad cuando estas lo soliciten llamando al # 801-526-9240.
Las individuos quienes son sordas, con problemas de audición o con impedimentos del habla pueden llamar a “Relay Utah” marcandao al 711.
Relay Utah en español: 1-888-346-3162.