

Mercado para empresas pequeñas

Solicitud de cobertura de salud para empleadores

Connect for Health Colorado ofrece opciones de planes para grupos pequeños para empleadores de Colorado que tienen de 2 a 50 empleados equivalentes a tiempo completo. Para cumplir los requisitos para comprar planes para grupos pequeños, debe ratificar que tiene 50 empleados equivalentes a tiempo completo o menos, y que ofrece cobertura para todos estos empleados. Debe tener sus oficinas o instalaciones principales en Colorado para comprar a través de Connect for Health Colorado.



¿Quiénes pueden utilizar esta solicitud?

- Empleadores que no pueden realizar una solicitud en línea.



¿Cumple mi empresa los requisitos para el mercado?

Su empresa u organización debe:

- Tener un domicilio principal del negocio y empleados dentro de Colorado,
- Tener al menos un empleado de acuerdo con el derecho común,
- Tener 50 empleados equivalentes a tiempo completo (FTE) o menos, y
- Ofrecer cobertura a través del mercado a todos los empleados de tiempo completo



Haga su solicitud más rápidamente en línea

- Visite ConnectforHealthCO.com para realizar una solicitud en línea.
- Su fecha de inicio de la cobertura puede ser el primer día del mes posterior a por lo menos a dos meses completos de haber enviado su solicitud. Si necesita cobertura con mayor rapidez, solicítela en línea.
- A los empleadores que cumplen los requisitos y que envían su solicitud completa en línea, cuyos empleados completen su inscripción, y que envíen su pago inicial hasta el día 25 del mes, por lo general se les proporcionará la cobertura el 1º del mes siguiente.



Reciba ayuda

- En línea: ConnectforHealthCO.com
- Teléfono: Llame a nuestro Centro de atención al cliente al 1-855-PLANS-4-YOU (1-855-752-6749)
- Comuníquese con un agente o con el sitio de asistencia: Visite ConnectforHealthCO.com o llame al 1-855-PLANS-4-YOU (1-855-752-6749)
- Si necesita ayuda en un idioma distinto del español, comuníquese con el representante de atención al cliente e indique el idioma que necesita
- **En Español:** Llame a nuestro centro de ayuda gratuito al 1-855-PLANS-4-YOU (1-855-752-6749)
- Las páginas 7 y 8 contienen un glosario; los terminos marcados con una (i) en la solicitud se pueden encontrar en el glosario
- Si alguien lo está ayudando a completar esta solicitud, es posible que deba completar la **Planilla A**.



¿Qué sucede después?

Enviaré esta solicitud y las solicitudes completas y firmadas de sus empleados, junto con los anexos de los empleados, al domicilio de la página 6. Deberá esperar 10 días hábiles antes de averiguar sobre su solicitud. **No dé de baja una cobertura existente** hasta que Connect for Health Colorado confirme la validez de su cobertura.

Su información es privada.

- Mantendremos la privacidad de su información, como lo exige la ley.
- Sus respuestas de esta solicitud solo serán utilizadas para verificar si su empresa u organización cumple con los requisitos para Seguro de salud para empresas pequeñas y, de cumplirlos, para facilitar la inscripción.

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Comuníquese con un agente o con el sitio de asistencia si tiene preguntas. Visite ConnectforHealthCO.com o llámenos al 1-855-PLANS-4-YOU (1-855-752-6749). Los usuarios de TTY deberán comunicarse al 1-855-346-3432. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame al 1-855-PLANS-4-YOU (1-855-752-6749).

Asistencia adicional de idiomas

| | |
|-------------|--|
| English | If you need help understanding this document, please call 1-855-752-6749. We can provide an interpreter for free. |
| Español | Si necesita ayuda para entender mejor este documento comuníquese al 1-855-752-6749. Le podemos asistir gratuitamente con un intérprete. |
| 普通话 | 如果您在理解本文方面需要帮助，请致电 1-855-752-6749。我们将免费提供口译服务。 |
| Tiếng Việt | Nếu bạn cần trợ giúp để hiểu tài liệu này, vui lòng gọi 1-855-752-6749. Chúng tôi có thể cung cấp phiên dịch miễn phí. |
| 한국어 | 이문서를 이해하는데있어도움이필요할경우 1-855-752-6749번으로전화하십시오. 무료통역서비스를제공해드립니다. |
| Русский | Если вам нужна помощь, чтобы понять этот документ, пожалуйста, позвоните по номеру 1 855 752 6749. Мы можем предоставить бесплатные услуги переводчика. |
| دعوى | 1-855-752-6749 ىلع لاصتالءاج للاف، دنتسم اذھ مهف يف ددعاسم ىلل ةج احب تنك اذا |
| Ntawv Hmoob | Yogkojxav tau kev pab qhia kom nkagsiab cov ntaub ntawv no, thov hurau 1-855-752-6749. Pebtuaj yeempabib tug kwstxhais lus pub dawbraukoj. |
| አማርኛ | ይህን ሰነድ ለመረዳት እገዛ ከፈለጉ እባክዎ በስ.ቁ. 1-855-752-6749 ይደውሉ። አስተርጓሚ በነፃ ለናቀርብልዎት እንችላለን። |
| नेपाली | यदि तपाईंलाई यो कागजात बुझ्न सहयोगको चाहन्छ भने, कृपया 1-855-752-6749 मा टेलिफोन सम्पर्क गर्नुहोस् । हामी तपाईंलाई निःशुल्क दोभाषे उपलब्ध गराउन सक्छौं । |
| Soomaali | Haddii aadu baahantahay kaalmosi aad u fahantoxogtan, fadlan lasoohadal 1-855-752-6749. Waxaa annukuu heli karaynaa afceliyeen (turjubaan) bilaa lacag ah. |
| Français | Veillez téléphoner au 1-855-752-6749 si vous avez besoin d'aide concernant l'explication de ce document. Nous pouvons vous proposer un interprète gratuitement. |
| Deutsch | Wenn Sie zum besseren Verständnis dieses Dokuments Hilfe benötigen, rufen Sie uns unter 1-855-752-6749 an. Wir können Ihnen kostenlos einen Dolmetscher zur Verfügung stellen. |

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Comuníquese con un agente o con el sitio de asistencia si tiene preguntas.

Visite ConnectforHealthCO.com o llámenos al 1-855-PLANS-4-YOU (1-855-752-6749). Los usuarios de TTY deberán comunicarse al 1-855-346-3432. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame al 1-855-PLANS-4-YOU (1-855-752-6749).



PASO 1**Cuéntenos sobre el empleador que ofrece la cobertura**

1. Nombre legal de la compañía del empleador

2. Número de identificación federal del empleador (EIN)(i)

3. Nombre comercial(i)

4. Tipo de empleador

- Sector privado Iglesia/afiliado a la iglesia
 Gobierno estatal/local Organización sin fines de lucro Gobierno extranjero

5. Tipo de sector privado (si aplica)

- Sociedad por acciones de tipo C Sociedad por acciones de tipo S
 Empresa que utiliza el anexo C del formulario 1040 (autónomo) Sociedad de personas
 Organizaciones exentas (incluidas corporaciones, fideicomisos, sociedad de responsabilidad limitada, o asociación)

6. Domicilio legal del negocio(i)

7. Año en que se estableció (aaaa)

8. Ciudad

9. Estado

10. Código postal

11. Condado

12. País

13. Número telefónico

14. Otro número telefónico

15. Número de fax

17. ¿Cuántos empleados equivalentes a tiempo completo(i)?

18. ¿Contó su negocio con un seguro propio anteriormente durante los últimos 12 meses? Sí No

19. Año del plan(i): _____

PASO 1**Cuéntenos sobre el empleador que ofrece la cobertura (continuación)**

20. Domicilio de facturación del negocio(i) (si fuera distinto del domicilio legal)

| | | | | |
|-----------------------|------------|----------------------------|-------------|----------|
| 21. Ciudad | 22. Estado | 23. Código postal | 24. Condado | 25. País |
| 26. Número telefónico | | 27. Otro número telefónico | | |

28. Número de fax

29. Domicilio de las instalaciones de Colorado de los empleados elegibles(i) (si fuera distinto del domicilio legal)

| | | | |
|-----------------------|------------|----------------------------|-------------|
| 30. Ciudad | 31. Estado | 32. Código postal | 33. Condado |
| 34. Número telefónico | | 35. Otro número telefónico | |

36. Número de fax

PASO 2 Cuéntenos a quién contactar acerca de esta solicitud

Contacto principal: Esta persona es la que estará relacionada con esta cuenta para empresas. Los avisos y las facturas se le enviarán a esta persona.

| | | | |
|---|------------|--|-------------|
| 1. Nombre, segundo nombre, apellido y título | | 2. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) | |
| 3. Título | | | |
| 4. Domicilio postal (si fuera distinto del domicilio legal del negocio) | | | |
| 5. Ciudad | 6. Estado | 7. Código postal | 8. Condado |
| 9. Número telefónico <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular Extensión_____ | | 10. Otro número telefónico (opcional) <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular Extensión_____ | |
| 11. Número de fax (opcional) | | 12. Dirección de correo electrónico | |
| 13. Medio de contacto preferido <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Correopostal | | 14. Idioma hablado y escrito que prefiere <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español | |
| Contacto secundario (opcional) | | | |
| 15. Nombre, segundo nombre, apellido y título | | 16. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaa) | |
| 17. Título | | | |
| 18. Domicilio postal (si fuera distinto del domicilio legal del negocio) | | | |
| 19. Ciudad | 20. Estado | 21. Código postal | 22. Condado |
| 23. Número telefónico <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular Extensión_____ | | 24. Otro número telefónico (opcional) <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular Extensión_____ | |
| 25. Número de fax (opcional) | | 26. Dirección de correo electrónico | |
| 27. Medio de contacto preferido <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Correopostal | | 28. Idioma hablado y escrito que prefiere <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español | |

PASO 3

Enumere todos los empleados que recibirán un ofrecimiento de cobertura incluso si no se inscriben

Debe incluir a todos los empleados de tiempo completo (30+horas)

| Nombre, segundo nombre, apellido y título del empleado | Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) | Tipo de empleo* | Elegible/Inelegible | Salario anual | Código de empleado(i) |
|--|----------------------------------|----------------------|---------------------|---------------|-----------------------|
| | | Estatus del empleo** | | | |
| 1. | | | | | |
| 2. | | | | | |
| 3. | | | | | |
| 4. | | | | | |
| 5. | | | | | |
| 6. | | | | | |
| 7. | | | | | |
| 8. | | | | | |
| 9. | | | | | |
| 10. | | | | | |
| 11. | | | | | |
| 12. | | | | | |
| 13. | | | | | |
| 14. | | | | | |
| 15. | | | | | |
| 16. | | | | | |
| 17. | | | | | |

*Ingrese el estatus del empleo: tiempo completo, medio tiempo, temporales o temporada.

** Activo o inactivo

Adjunte más hojas según sea necesario.

PASO 4 Elegibilidad

Ratifico que mi empresa emplea a 50 o menos empleados equivalentes a tiempo completo, y mi empresa es elegible para obtener cobertura para grupos pequeños en el Estado de Colorado.

Ratifico que ofrezco cobertura de salud a través del mercado a todos los empleados de tiempo completo.

PASO 5 Selección del plan

Período de inscripción(i)

Plan de salud válido a partir de: _____ Fecha de inicio del período de inscripción: _____ Fecha en que termina el período de inscripción: _____

Planes de seguro de salud

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Los empleados pueden seleccionar un plan de una aseguradora | Aseguradora: Plan: |
| <input type="checkbox"/> Los empleados pueden seleccionar cualquier plan de una aseguradora | Aseguradora: |
| <input type="checkbox"/> Los empleados pueden seleccionar cualquier plan de un nivel de cobertura(i) de cualquier aseguradora | Niveles de cobertura: <input type="checkbox"/> Bronce <input type="checkbox"/> Plata <input type="checkbox"/> Oro <input type="checkbox"/> Platino |
| <input type="checkbox"/> Los empleados pueden seleccionar cualquier plan de dos niveles de cobertura adyacentes de cualquier aseguradora | Niveles de cobertura (seleccione dos): <input type="checkbox"/> Bronce <input type="checkbox"/> Plata <input type="checkbox"/> Oro <input type="checkbox"/> Platino |

Contribución definida(i)

Cobertura para el seguro de salud

| Cobertura para | Contribución del empleador | |
|---------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Empleado | _____ % O hasta \$ _____ | Mensual (el que sea menor) |
| <input type="checkbox"/> Cónyuge | _____ % O hasta \$ _____ | Mensual (el que sea menor) |
| <input type="checkbox"/> Dependientes | _____ % O hasta \$ _____ | Mensual (el que sea menor) |

Cobertura para el seguro dental

| Cobertura para | Contribución del empleador | |
|---------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Empleado | _____ % O hasta \$ _____ | Mensual (el que sea menor) |
| <input type="checkbox"/> Cónyuge | _____ % O hasta \$ _____ | Mensual (el que sea menor) |
| <input type="checkbox"/> Dependientes | _____ % O hasta \$ _____ | Mensual (el que sea menor) |

Aseguradora:

Plan(es):

PASO 6 **Lea y firme esta solicitud**

1. Estoy autorizado a ratificar la elegibilidad de este empleador para ofrecer cobertura para grupos pequeños a sus empleados. Según mi leal saber y entender, he proporcionado respuestas verdaderas y correctas a todas las preguntas de esta solicitud para el uso de Connect for Health Colorado con el fin de ofrecer cobertura para grupos pequeños a los empleados. Sé que pueden aplicarse sanciones si proporciono información falsa. Comprendo que me pueden solicitar verificación, como un Informe de Impuestos para el Seguro de Desempleo (UITR) u otra documentación, para respaldar mi solicitud.
2. Sé que mi información de esta solicitud se utilizará para determinar la elegibilidad para recibir cobertura de salud y se mantendrá la privacidad de la misma, como lo exige la ley. Si mi empresa u organización cumple los requisitos, esta información se utilizará para facilitar la inscripción.
3. Sé que debo informar a Connect for Health Colorado si algo cambia (y es distinto) de lo que escribí originalmente en esta solicitud. Puedo visitar ConnectforHealthCO.com o llamar al 1-855-PLANS-4-YOU (1-855-752-6749) para informar sobre los cambios.
4. Tengo el consentimiento de todas las personas que enumeré en la solicitud para que se incluya su información de identidad personal, como fechas de nacimiento, números de seguro social, domicilios y números telefónicos.
5. Sé que, conforme a la ley federal, se prohíbe la discriminación en base a la raza, el color, el origen nacional, el sexo, la edad, la orientación sexual, la identidad de género o la discapacidad. Puedo presentar un reclamo por discriminación en www.hhs.gov/ocr/office/file.

Mi derecho de apelación:

Si considero que Connect for Health Colorado ha cometido un error, puedo apelar su decisión. Apelar significa comunicar a alguien de Connect for Health Colorado que considero que la acción es incorrecta y solicitar una revisión imparcial de la misma. Sé que puedo averiguar cómo apelar comunicándome con el mercado al 1-855-PLANS-4-YOU o visitando el sitio de Internet en ConnectforHealthCO.com. Se me explicará mi elegibilidad y otra información importante.

Al marcar esta casilla, admito que he leído y aceptado los términos para empleadores de Lea y firme esta solicitud para el uso de Connect for Health Colorado a fin de ofrecer cobertura para grupos pequeños a los empleados de la empresa.

Nombre completo en letra de imprenta (contacto principal)

| | |
|-------|--------------------|
| Firma | Fecha (mm/dd/aaaa) |
|-------|--------------------|

Nombre completo en letra de imprenta (contacto secundario)

| | |
|-------|--------------------|
| Firma | Fecha (mm/dd/aaaa) |
|-------|--------------------|

PASO 7 **Envíe por correo postal la solicitud completa y las solicitudes de sus empleados**

Envíe su solicitud completa por correo postal, incluyendo las solicitudes de todos sus empleados, a:

Connect For Health Colorado
Small Business Applications
P.O. Box 35033
Colorado Springs, CO 80935

Si desea **inscribirse para votar**, puede completar un formulario de inscripción de votación en: govoteColorado.com/C4HCO

Glosario(i)

| Término | Definición |
|---|---|
| Año del plan | Período de 12 meses de cobertura de beneficios bajo un plan de salud grupal. Es posible que este período de 12 meses no sea igual al año natural. |
| Código de empleado | El código de empleado es un número único que le proporciona a sus empleados para identificarlos en el sistema de Connect for Health Colorado. Este puede ser su identificación de empleado interna. |
| Contribución definida | Los empleadores pueden fijar límites sobre la cantidad de la cuota mensual que pagarán para sus empleados. Puede fijar límites definiendo un porcentaje de la cuota que pagará o estableciendo un límite en dólares, o puede definir un porcentaje con una cantidad máxima en dólares. Los empleadores que ofrecen cobertura para grupos pequeños deben contribuir con <i>al menos</i> la cantidad menor entre \$125 al mes o 50% de la cuota mensual correspondiente solo al empleado (no incluye al cónyuge o a los dependientes). En otras palabras, si la cuota mensual correspondiente solo al empleado es \$250 al mes o más, el empleador debe pagar <i>al menos</i> \$125 al mes de la cuota para ofrecer cobertura para grupos pequeños a sus empleados. Si la cuota mensual correspondiente solo al empleado es menos de \$250 al mes o más, el empleador debe pagar <i>al menos</i> la mitad de la cuota mensual para ofrecer cobertura para grupos pequeños a sus empleados. |
| Domicilio de facturación del negocio | El domicilio de una empresa u organización a donde pueden enviarse las facturas para su procesamiento. |
| Domicilio de las instalaciones de Colorado de los empleados elegibles | El domicilio de las instalaciones principales en Colorado. Los empleadores no deben tener necesariamente su sede principal en Colorado para utilizar los servicios de Connect for Health Colorado, pero sí deben proporcionar el domicilio de sus instalaciones principales en Colorado. |
| Domicilio legal del negocio | El domicilio de la oficina registrada de una empresa o entidad. |
| Empleados equivalentes a tiempo completo | La suma combinada de empleados de tiempo completo (aquellos que trabajan 30 horas o más por semana) y de empleados de medio tiempo convertida a su equivalente a tiempo completo bajo las reglas de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Accesible. Consulte el código Code § 4980H(c)(2) del IRS para ver las reglas específicas sobre el conteo de empleados. |
| Nivel de cobertura | <p>A partir del 2014, las aseguradoras de salud deben ofrecer planes de salud en grupos de acuerdo con la proporción de los costos totales de los servicios de salud que serán pagados por la compañía de seguros y por el cliente, también conocidos como niveles de metal: bronce, plata, oro y platino. Cada nivel de cobertura muestra la porción esperada de los costos de los servicios de salud totales que pagará una compañía de seguros. Esto se denomina el valor actuarial del plan de salud. Por ejemplo, un plan de salud con un valor actuarial del 80 por ciento pagará un promedio del 80 por ciento de los gastos médicos, y el cliente pagará el 20 por ciento restante, en promedio, a través de deducibles, copagos, etc. Los niveles de cobertura no son una medida de calidad.</p> <p>Un plan bronce debe tener un valor actuarial de alrededor del 60 por ciento, lo que significa que la compañía de seguros de salud pagará alrededor del 60 por ciento de los costos de los servicios de salud y el cliente pagará el 40 por ciento.</p> <p>Un plan plata debe tener un valor actuarial de alrededor del 70 por ciento, lo que significa que la compañía de seguros de salud pagará alrededor del 70 por ciento de los costos de los servicios de salud y el cliente pagará el 30 por ciento.</p> <p>Un plan oro debe tener un valor actuarial de alrededor del 80 por ciento, lo que significa que la compañía de seguros de salud pagará alrededor del 80 por ciento de los costos de los servicios de salud y el cliente pagará el 20 por ciento.</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>Un plan oro debe tener un valor actuarial de alrededor del 80 por ciento, lo que significa que la compañía de seguros de salud pagará alrededor del 80 por ciento de los costos de los servicios de salud y el cliente pagará el 20 por ciento.</p> <p>Un plan platino debe tener un valor actuarial de alrededor del 90 por ciento, lo que significa que la compañía de seguros de salud pagará alrededor del 90 por ciento de los costos de los servicios de salud y el cliente pagará el 10 por ciento.</p> |
| Nombre comercial | El nombre comercial hace referencia a un nombre que utiliza una empresa u organización para operar públicamente. Puede ser diferente del nombre legal de la organización. |
| Número de identificación federal del empleador | El número de identificación federal del empleador (EIN) también se conoce como número de identificación fiscal federal, y se utiliza para identificar a una entidad comercial. |
| Período de inscripción | Durante este período, los empleados pueden consultar e inscribirse en los planes de seguro de salud seleccionados por usted. Si los empleados no participan durante este período de inscripción, podrían no ser elegibles para recibir cobertura a través de su plan. Deje tiempo suficiente entre la finalización del período de inscripción y la fecha en que desea que comience la cobertura para que Connect for Health Colorado y la(s) compañía(s) de seguros seleccionada(s) procesen su solicitud e inscriban a sus empleados. La cobertura para la mayoría de los planes comienza el primer día del mes. |



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Comuníquese con un agente o con el sitio de asistencia si tiene preguntas. Visite ConnectforHealthCO.com o llámenos al 1-855-PLANS-4-YOU (1-855-752-6749). Los usuarios de TTY deberán comunicarse al 1-855-346-3432. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame al 1-855-PLANS-4-YOU (1-855-752-6749).