

Employer Coverage Tool

Use this worksheet to help you gather information about employers that offer traditional health coverage to anyone on your Marketplace application. Complete one form for each employer that offers coverage. You'll need this information to complete the application, even if no one enrolls in coverage through their job (or the job of another person, like a spouse or parent).

Don't use this form if someone works for a business that offers help paying for a health plan or health care expenses through a Health Reimbursement Arrangement (HRA).

Visit [HealthCare.gov/have-job-based-coverage](https://www.healthcare.gov/have-job-based-coverage) for more details if you have (or got an offer for) job-based insurance.



Employee information

Fill in for the **employee** who's offered job-based health coverage.

1. Employee name (First, Middle, Last)

3. List the first and last names of each person in the employee's household and tell us if they could get health coverage through the employer named in box 4 below, even if they're not currently enrolled. Only list household members who the employee plans to include on their federal income tax return.

Name	Eligible for health coverage through this employer?
	☐ Yes ☐ No
	☐ Yes ☐ No
	☐ Yes ☐ No
	☐ Yes ☐ No



Employer information

You can ask the **employer** to fill out these items.

4. Employer name

5. Person or department we can contact for information about any coverage offered

6. Employer address (the Marketplace may send notices to this address)

7. City

8. State

9. ZIP code

10. Employer contact phone number

11. Employer contact email address

12. Employer Identification Number (EIN)



Tell us about the health coverage offered by this employer.

13. Do the plans offered by the employer meet the minimum value standard? A health plan meets the minimum value standard if it pays at least 60% of the total cost of medical services for a standard population and offers substantial coverage of hospital and doctor services. Most job-based plans meet the minimum value standard.

- ☐ **YES** (Go to question 14.) ☐ **NO** (STOP and return this form to employee.)
☐ The employer offers plans that meet the minimum value standard to only the employee.

14. How much would the employee pay for themselves for the lowest-cost plan that meets the minimum value standard? Don't include family plans.

- a. Employee would pay this premium: \$
b. Employee would pay this amount: ☐ Weekly ☐ Every 2 weeks ☐ Twice a month ☐ Monthly ☐ Quarterly ☐ Yearly

15. **If other household members are listed for question 3:** How much would the employee pay for the lowest-cost plan that covers the employee and the household members listed in question 3? If the employer offers wellness programs, enter the premium that the employee would pay if the employee got the maximum discount for any tobacco cessation programs and didn't get any other discounts based on wellness programs.

- a. Employee would pay this premium: \$
b. Employee would pay this amount: ☐ Weekly ☐ Every 2 weeks ☐ Twice a month ☐ Monthly ☐ Quarterly ☐ Yearly

You have the right to get Marketplace information in an accessible format, like large print, Braille, or audio.

You also have the right to file a complaint if you feel you've been discriminated against.

Visit [CMS.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice](https://www.cms.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice),
or call the Marketplace Call Center at 1-800-318-2596 for more information. TTY users can call 1-855-889-4325.

Health Insurance Marketplace

CMS Product No. 12164
September 2022

This product was produced at U.S. taxpayer expense.

Health Insurance Marketplace® is a registered service mark of
the U.S. Department of Health & Human Services.



HealthCare.gov

Herramienta de Cobertura del Empleador

Utilice este formulario para recopilar la información sobre empleadores que ofrecen cobertura médica tradicional a cualquier persona en su solicitud del Mercado. Complete un formulario para cada empleador que ofrezca cobertura. Necesitará esta información para completar la solicitud, incluso si nadie se inscribe en la cobertura a través de su empleo (o el empleo de otra persona, como un cónyuge o padre).

No use este formulario si alguien trabaja para una compañía que le ofrece ayuda para pagar un plan de salud o gastos de atención médica a través de un Acuerdo de Reembolso de Salud (HRA).

Visite CuidadoDeSalud.gov/es/have-job-based-coverage para obtener más información si tiene (o recibió una oferta de) un seguro basado en el empleo.



Información del empleado

Complete para el **empleado** al que se le ofreció cobertura médica basada en el empleo.

1. Nombre del Empleado (Primer nombre, Segundo nombre, Apellido)

3. Anote los nombres y apellidos de cada persona en el hogar del empleado y díganos si podrían obtener cobertura médica a través del empleador nombrado en la casilla 4, incluso si no están inscritos actualmente. Solamente enumere los miembros del hogar que el empleado planea incluir en su declaración federal de impuestos.

Nombre

¿Es elegible para cobertura a través del empleador?

	☐ Sí ☐ No
	☐ Sí ☐ No
	☐ Sí ☐ No
	☐ Sí ☐ No



Información del empleador

Pídale a su **empleador** que complete esta información.

4. Nombre del empleador

5. Persona o departamento que podemos contactar para información sobre cualquier cobertura médica ofrecida

6. Dirección del Empleador (el Mercado de seguros puede enviar avisos a esta dirección)

7. Ciudad

8. Estado

9. Código Postal

10. Número de teléfono del empleador

11. Correo electrónico del empleador

12. Número de Identificación Patronal (EIN)



¿Necesita ayuda con su solicitud? Visite CuidadoDeSalud.gov o llámenos al 1-800-318-2596. Para Obtener una Copia de este formulario en inglés, llame al 1-800-318-2596. Si necesita ayuda en un idioma que no sea inglés, llame al 1-800-318-2596 e informe al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo alguno para usted. Los usuarios TTY pueden llamar al 1-855-889-4325.

Díganos sobre la cobertura de salud ofrecida por este empleador.

13. ¿El empleador ofrece un seguro que cumple con el estándar de valor mínimo? Un plan de salud cumple con el “estándar de valor mínimo” si el plan comparte al menos el 60% del total de los costos de los beneficios cubiertos para una persona promedio y ofrece cobertura sustancial de hospital y servicios médicos. La mayoría de los planes basados en el empleo cumplen con el estándar de valor mínimo.

☐ **SÍ** (Vaya a la pregunta 14) ☐ **NO** (Deténgase y regrese el formulario al empleado)

☐ El empleador ofrece planes que cumplen con el estándar de valor mínimo solo para el empleado.

14. ¿Cuánto pagaría el empleado por la cobertura individual del plan de menor costo que cumpla con el estándar de valor mínimo? NO incluya los planes familiares.

a. El empleado pagará esta prima \$

b. El empleado pagará esta cantidad: ☐ semanal ☐ cada 2 semanas ☐ 2 veces por mes ☐ mensual ☐ trimestral ☐ anual

15. **Si se enumeran otros miembros del hogar para la pregunta 3:** ¿Cuánto pagaría el empleado por el plan de menor costo que cubra al empleado y a los miembros del hogar enumerados en la pregunta 3? Si el empleador ofrece programas de bienestar, ingrese la prima que el empleado pagaría si obtuviera el descuento máximo para cualquier programa para dejar de fumar y no obtuviera ningún otro descuento basado en programas de bienestar.

a. El empleado pagará esta prima \$

b. El empleado pagará esta cantidad: ☐ semanal ☐ cada 2 semanas ☐ 2 veces por mes ☐ mensual ☐ trimestral ☐ anual

Usted tiene derecho a obtener información del Mercado en un formato accesible, como letra grande, braille o audio.

También tiene derecho a presentar una queja si siente que lo han discriminado.

Visite [CMS.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice](https://www.cms.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice), (en inglés)

o llame al Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596 para más información.

Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-889-4325.

Mercado de Seguros Médicos

CMS Producto No. 12164-S
Septiembre 2022

Este producto fue financiado con dinero de los contribuyentes de los Estados Unidos.



CuidadoDeSalud.gov