El Programa de Opciones de Salud para los Pequeños Negocios (SHOP)

Solicitud de cobertura médica para los empleadores

El Programa de Opciones de Salud para los Pequeños Negocios del Maryland Health Connection (SHOP) está abierto para todos los dueños de pequeños negocios elegibles. Llenar esta solicitud para saber si cumple con los requisitos le tomará **15 minutos.**

LO QUE DEBE SABER

¿Es mi empresa elegible para SHOP?

Su negocio u organización debe:

- Tener un domicilio principal en Maryland,
- Tener por lo menos un empleado conforme con el derecho consuetudinario (empleado asalariado),
- Tener 50 o menos empleados equivalentes a un trabajador a tiempo completo (FTE), y
- Ofrecerles la cobertura médica de SHOP a todos los empleados a tiempo completo.

Consiga ayuda

- Por Internet: **MarylandHealthConnection.gov.**
- Por teléfono: Llame a nuestro centro de asistencia al consumidor al **1-855-642-8572**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-855-642-8573**.
- Comuníquese con un agente.

¿Qué sigue después?

Envíe su solicitud a la dirección indicada en la página 3. Le avisaremos si califica para obtener un seguro médico para su pequeña empresa, y le suministramos información para que pueda comparar los precios y opciones de cobertura, escoger un plan e inscribirse.

También puede comunicarse con un agente o corredor de seguros o una compañía de seguros con planes SHOP para empezar la solicitud y el proceso de inscripción. Para saber qué compañías ofrecen planes SHOP en su área, visite **MarylandHealthConnection.gov.**

Su información es confidencial.

- Mantendremos su información en total confidencialidad tal y como lo estipula la ley.
- Las respuestas que nos proporcione en esta solicitud solamente se utilizarán para averiguar si su empresa cumple con los requisitos para comprar la cobertura de SHOP y si los cumple, para facilitar su inscripción.
- Para conocer más sobre cómo manejamos su información, visite el siguiente enlace: **MarylandHealthConnection.gov.**

MHC 040132614-S

PASO 1 Díganos sobre el empleador que ofrece la cobertura.

La empresa debe estar ubicada en Maryland y ofrecer cobertura a todos los empleados de tiempo completo. (30 o más horas por semana).

1. ID de usuario del Mercado (opcional) (Solo para uso administrativo)

2. Nombre del empleador*

3. Número de Identificación Federal del Empleador (EIN)*

4. Se dedica a

5. Tipo de empleador* ☐ Sector privado (con y sin fines de lucro) ☐ Iglesia/afiliación ☐ Estado/gobierno local ☐ Gobierno extranjero ☐ Gobierno tribal y organizaciones o negocios tribales

6. Dirección principal*

7. Ciudad*

8. Estado*

9. Código Postal*

10. Para participar en el la SHOP, su negocio debe:

- Tener una dirección de negocio principal en el estado en Maryland;
- Tener por lo menos un empleado conforme con el derecho consuetudinario (empleado asalariado),
- Tener 50 o menos empleados equivalentes a un trabajador a tiempo completo (FTE) y
- Ofrecerles la cobertura médica de SHOP a todos los empleados a tiempo completo.

☐ **Estoy de acuerdo con que todo lo mencionado arriba se aplica a mi caso y a mi empresa.***

PASO 2 Díganos con quién comunicarnos sobre esta solicitud.

Contacto principal

1. Primer nombre*

Segundo nombre

Apellido*

Sufijo

2. Título*

3. Dirección de correo postal* (si es diferente a la mencionada arriba)

4. Ciudad*

5. Estado*

6. Código Postal*

7. Teléfono* ☐ Trabajo ☐ Casa ☐ Celular

8. Otro número de teléfono* ☐ Trabajo ☐ Casa ☐ Celular

9. Fax

10. Dirección de correo electrónico*

Escriba la dirección de correo electrónico nuevamente*

11. Idioma preferido (si no es inglés)

12. Nota: La empresa aseguradora le enviará las notificaciones y facturas mensuales.

Contacto secundario (opcional)

13. Primer nombre*

Segundo nombre

Apellido*

Sufijo

14. Título*

15. Dirección de correo postal* (si es diferente a la mencionada arriba)

16. Ciudad*

17. Estado*

18. Código Postal*

19. Teléfono* ☐ Trabajo ☐ Casa ☐ Celular

20. Otro número de teléfono* ☐ Trabajo ☐ Casa ☐ Celular

21. Fax

22. Dirección de correo electrónico*

Escriba la dirección de correo electrónico nuevamente*

* Información requerida

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Comuníquese con su agente, visite **MarylandHealthConnection.gov** o llame al **1-855-642-8572.** Los usuarios de TTY deben llamar al **1-855-642-8573.**

MHC 040132614-S

PASO 3 Solamente para consejeros certificados, navegadores, agentes y corredores.

Complete la sección si es un consejero, navegador, agente o corredor certificado y está llenando esta solicitud en nombre de otra persona.

1. Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo

2. Nombre de la organización (si corresponde)	3. Número de identificación, si corresponde (NPN para los corredores)

4. Teléfono ☐ Trabajo ☐ Casa ☐ Celular	5. Otro número de teléfono ☐ Trabajo ☐ Casa ☐ Celular

6. Fax	7. Dirección de correo electrónico	Escribalá otra vez

PASO 4 Liste todos los empleados a quienes les ofrecerá la cobertura aun si no se inscriben.

Usted debe incluir a todos los empleados de tiempo completo (30 o más horas).*

	Primer nombre del empleado*	Segundo nombre	Apellido*	Sufijo	Fecha de nacimiento* (mm/dd/aaaa) (si está disponible)	Num. de Seguro Social/Num. de ID fiscal* (si está disponible)	Estatus del empleo*	Fecha en que fue contratado (mm/dd/aaaa)	Promedio de horas semanales para empleados a tiempo parcial
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									

* Información requerida

☐ Adjunte más hojas si es necesario. También puede adjuntar su propia hoja con la información requerida en el Paso 4, en lugar de usar este documento para proveer esa información.

MHC 040132614-S

PASO 5 Lea y firme la solicitud.

- Estoy firmando esta solicitud bajo pena de perjurio lo que significa que he contestado con la verdad a todas las preguntas de este formulario según mi leal saber y entender. Comprendo que puedo estar sujeto a multas bajo la ley estatal y federal si proporciono información falsa.
- Entiendo que la información de esta solicitud solamente se utilizará para determinar mi elegibilidad para un seguro médico y que será confidencial tal y como lo estipula la ley; y que si mi empresa es elegible, se utilizará para facilitar mi inscripción.
- Entiendo que debo informarle al SHOP si algo cambia (y es diferente) de lo que escribí en esta solicitud. Puedo visitar el sitio Web **MarylandHealthConnection.gov** o llamar al **1-855-642-8572** para informar de los cambios. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-855-642-8573**.
- He dado mi consentimiento para que toda persona incluida en esta solicitud, proporcione su información personal, como la fecha de nacimiento, número de Seguro Social, dirección y teléfonos.
- Entiendo que según la ley estatal y federal, no se permite la discriminación en base a la raza, color, origen nacional, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género o incapacidad. Puedo presentar una queja por discriminación visitando **www.hhs.gov/ocr/office/file** o **www.mccr.maryland.gov/intake.html.**

Nombre de la persona que firma*	
Firma*	Fecha (mm/dd/aaaa)*

* Información requerida

PASO 6 Envíe por correo su solicitud completada.

Envíe por correo su solicitud firmada a:

Maryland Health Connection
P.O. Box 857
Lanham, MD 20703-0857

Le informaremos si es elegible para comprar un seguro médico para su pequeña empresa, y le proporcionaremos información para que pueda comparar los precios y opciones de cobertura, escoger un plan e inscribirse.

Declaración Informativa de PRA

De conformidad con la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, a ninguna persona se le exige responder a la recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para la recopilación de esta información es 0938-1193. El tiempo que se requiere para completar esta recopilación de información se estima en promedio en 12.57 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, reunión de los datos necesarios y completar y revisar la información recolectada. Si tiene comentarios relacionados con la precisión del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, por favor escríbanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Atención: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?

Comuníquese con su agente o llame al **1-855-642-8572**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-855-642-8573.**

MHC 040132614-S

Ley de confidencialidad

Además de obtener información acerca de la empresa pedida en la solicitud para los empleadores del Programa de Opciones de Salud para las Pequeñas Empresas de Maryland Health Connection (SHOP, por sus siglas en inglés), estamos autorizados, según lo estipulado por la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Ley pública No. 111-148), tal y como fue enmendada por la Ley de Reconciliación del Cuidado de la Salud y la Educación de 2010 (Ley pública No. 111-152), a recolectar información personal y cualquier otro documento necesario para tramitar esta solicitud, incluido el nombre e información de contacto (dirección de correo electrónico, dirección y teléfono de la residencia, fecha de nacimiento y número de Seguro Social) de las personas mencionadas como los contactos primario y secundario del empleador; así como los nombres, números de Seguro Social y fechas de nacimiento de todos los empleados a tiempo completo.

La información que usted proporcione sobre los contactos primario y secundario del empleador y de los empleados a tiempo completo mencionados en esta solicitud es necesaria para determinar si usted es un empleador que califica y si sus empleados califican para inscribirse en un plan de salud autorizado (QHP, por sus siglas en inglés) a través de SHOP. Como parte del proceso, verificaremos la información contenida en la solicitud, nos comunicaremos con los contactos primario y secundario del empleador y con cualquier agente, corredor o asistente de SHOP que lo haya ayudado a llenar su solicitud de SHOP, y finalmente le enviaremos la información al plan de salud seleccionado para que los empleados que califican se puedan inscribir en un QHP. También usaremos la información proporcionada como parte de la operación en curso de SHOP, y que incluye actividades como verificar la continuidad de la elegibilidad, dar información y manejar la inscripción para los empleados que califican, desarrollar actividades de supervisión y control de calidad, combatir el fraude y responder a toda preocupación sobre la seguridad o confidencialidad de la información.

A pesar de que proporcionar la información solicitada (incluyendo los números de Seguro Social) es de carácter voluntario, no hacerlo podría retrasar la decisión o impedirle obtener cobertura de salud a través de SHOP. Si un individuo no mantiene una cobertura de salud autorizada por tres o más meses en el año, ese individuo puede estar sujeto a pagar una multa.

Si no proporciona la información correcta en esta solicitud o si a sabiendas e intencionalmente proporciona información falsa o fraudulenta, usted podría estar sujeto a una penalidad y a otro tipo de acción legal. Con el fin de verificar y procesar las solicitudes, determinar si usted es un empleador que califica y si sus empleados califican para participar, y para operar el SHOP, podríamos necesitar compartir cierta información que recibamos de su parte, contenida en la solicitud para los empleadores del Programa de Opciones de Salud para las Pequeñas Empresas de Maryland Health Connection, con otras entidades fuera de Maryland Health Connection, entre ellas:

1. Agencias federales (como el Servicio de Impuestos Internos, IRS, por sus siglas en inglés) para informarles sobre su elegibilidad para obtener un seguro médico a través de SHOP.

2. Los contratistas de Maryland Health Connection que desempeñen una función en SHOP y otros contratistas encargados de los procesos de verificación como los que comprueban la identidad de los contactos primario y secundario del empleador y otras agencias verificadoras de crédito para consumidores.

3. Los agentes, corredores de seguros y otros asistentes de SHOP, y entidades que promueven planes de salud autorizados (QHP), según sea aplicable, quienes han estado comprometidos en colaborar para determinar la elegibilidad y ayudar con la inscripción en QHP.

4. Toda persona autorizada según lo exija la ley.

Usted puede aprender más acerca de la manera cómo utilizamos su información en http://marylandhealthconnection.gov/internet-policies-fraud/.

MHC 040132614-S