



# Small Business Health Options Program - SHOP (Programa de opciones de salud para empresas pequeñas)

## Solicitud de cobertura de salud para empleados

Use esta solicitud para inscribirse en el seguro de salud que ofrece su empleador a través del Mercado de seguro médico SHOP.



### Solicite más rápido en línea

Visite **www.mnsure.org**. Allí encontrará los detalles sobre la cobertura del programa SHOP en el Mercado de seguro médico (Health Insurance Marketplace).



### Obtenga ayuda

Pregunte a su empleador a quién debe llamar si tiene preguntas.

- **En línea:** **www.mnsure.org**
- **Teléfono:** Llame a nuestro Centro de contacto (Contact Center) al **1-855-366-7873**.
- **En persona:** Tal vez haya un navegador o agente en su área que le pueda ayudar.
- Si necesita ayuda en otro idioma que no sea inglés, indíquenos el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo alguno.



### ¿Cuál es el siguiente paso?

Guarde copias de sus formularios completados, incluso esta solicitud, para sus archivos de negocios. Deberá devolver la solicitud completada y firmada a su empleador y este la enviará a MNSure. Nos comunicaremos con usted con información sobre cómo debe iniciar una cuenta del programa SHOP, informarse sobre costos y cobertura e inscribirse en un plan.



### Alternativas

Si su parte del costo de la cobertura para empleados solamente es más del 9.5% de los ingresos de su hogar, es posible que pueda obtener ayuda para pagar la cobertura a través del Mercado de seguro médico individual. Para obtener más información, visite **www.mnsure.org**.

### Su información es confidencial.

- Mantendremos su información confidencial según lo exige la ley. Lea el Adjunto A, Notificación de la Prácticas de Privacidad (Notice of Privacy Practices) para obtener más detalles.
- A fin de verificar su elegibilidad para participar en MNSure y comprar un plan de salud calificado de su empleador, MNSure recopila información privada y la verifica con fuentes estatales y federales. MNSure tiene la obligación de recopilar esta información para confirmar que su negocio está ubicado en Minnesota y que tiene menos de 50 empleados, y que no es un propietario único. Si elige no contestar estas preguntas, no podrá proceder con su compra. Esta información será utilizada dentro de MNSure por personal cuyos deberes de trabajo requieran acceso razonable y solo será compartida con personas autorizadas por la ley estatal y federal.

Esta información está disponible en formatos accesibles para las personas discapacitadas. Para obtenerla, llame al 1-855-366-7873 o utilice su servicio preferido de retransmisión. Para obtener información adicional sobre derechos y protecciones para personas discapacitadas, comuníquese con el coordinador de la ley ADA (Ley sobre los Estadounidenses con Discapacidades) de la agencia.

## ¿Quién es su empleador?

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR

## ¿No le interesa la cobertura de salud del programa SHOP?

Si no desea obtener la cobertura de salud SHOP a través de su empleador, vaya al Paso 4. 

# PASO 1

## Me interesa obtener la cobertura del SHOP a través de este empleador.

### Información acerca de usted, el empleado

1. PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO Y SUFIIJO			
2. SOCIAL SECURITY NUMBER (SEGURO SOCIAL)/ NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN FISCAL		3. FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/aaaa)	4. SEXO <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino
5. DIRECCIÓN DOMICILIARIA			6. NÚMERO DE APARTAMENTO O SUITE
7. CIUDAD	8. ESTADO	9. CÓDIGO POSTAL	10. CONDADO
11. DIRECCIÓN DIRECCIÓN POSTAL (si es diferente a la del domicilio)			12. NÚMERO DE APARTAMENTO O SUITE
13. CIUDAD	14. ESTADO	15. CÓDIGO POSTAL	16. CONDADO
17. CORREO ELECTRÓNICO			
18. NÚMERO DE TELÉFONO <input type="radio"/> Celular <input type="radio"/> Casa <input type="radio"/> Trabajo		19. OTRO NÚMERO DE TELÉFONO <input type="radio"/> Celular <input type="radio"/> Casa <input type="radio"/> Trabajo	
20. Las notificaciones se enviarán electrónicamente. Usted debe ir a <b>www.mnsure.org</b> y crear un cuenta en línea para recibir notificaciones electrónicas. <input type="checkbox"/> Marque esta casilla si también desea recibir notificaciones impresas por correo.			
21. CONDICIÓN DE EMPLEO <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Inactivo <input type="checkbox"/> Antiguo <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> Sindicato <input type="checkbox"/> Otros			
22a. SU IDIOMA HABLADO PREFERIDO	22b. SU IDIOMA ESCRITO PREFERIDO	23. FECHA DE CONTRATACIÓN	24. FECHA DE TERMINACIÓN (si aplica)
25. SI ES DE ETNIA HISPANA O LATINA (OPCIONAL—marque todas las que correspondan) <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Americano de ascendencia mexicana <input type="checkbox"/> Chicano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Otro			
26. RAZA (OPCIONAL—marque todas las que correspondan) <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Indio americano o indígena de Alaska <input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro asiático <input type="checkbox"/> Indígena de Hawái <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro			
27. DEFINICIÓN DE EMPLEO <input type="radio"/> Casa <input type="radio"/> Trabajo	28. PROMEDIO DE HORAS TRABAJADAS POR SEMANA	29. SALARIOS ANUALIZADOS	
30. ¿Es usted miembro de una tribu indio americana o indígena de Alaska reconocida por el gobierno federal? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, SÍRVASE INDICAR EL NOMBRE Y NÚMERO DE SU TRIBU.		31. ¿Usa tabaco? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No



## PASO 3

### Lea y firme esta solicitud

- Firmo esta solicitud bajo pena de perjurio, lo que significa que, a mi leal saber y entender, he proporcionado respuestas verdaderas a todas las preguntas. Reconozco que puedo estar sujeto a sanciones bajo la ley federal si intencionalmente proporciono información falsa.
- Sé que mi información en este formulario solo será utilizada para determinar la elegibilidad para cobertura de salud y se mantendrá confidencial y segura según lo exige la ley. Si soy elegible, se utilizará para ayudarme con la inscripción.
- Sé que tengo que informar al SHOP si algo cambia (y es diferente de) lo que escribí en esta solicitud. Puedo llamar al agente o intermediario de mi empleador, visitar **www.mnsure.org**, o llamar al **1-855-366-7873** para notificar los cambios.
- Sé que bajo la ley federal, no se permite la discriminación basada en la raza, color, país natal, sexo, edad, orientación sexual, identidad sexual o discapacidad. Puedo presentar una queja por discriminación en [www.hhs.gov/ocr/office/file](http://www.hhs.gov/ocr/office/file).

FIRMA

FECHA (mm/dd/aaaa)

## PASO 4

### Si no desea la cobertura del SHOP a través de este empleador

**No deseo obtener cobertura de salud a través de este empleador.**

Si este empleador ofrece cobertura para mis dependientes, también rechazo esa oferta de cobertura.

Conteste las siguientes preguntas:

¿Cuenta con otra fuente de cobertura de salud?  Sí  No

**Si** la respuesta es afirmativa, ¿de qué tipo?

- Seguro de salud personal particular
- Medicare
- TRICARE
- Seguro a través de otro empleo
- Medicaid
- Programas de atención médica a través de Beneficios de Veteranos (VA)
- Seguro a través del empleo de otra persona
- Servicio de salud para indígenas (Indian Health Service)

**Si este empleador ofrece cobertura dental, no deseo esa cobertura.**

Si este empleador ofrece cobertura dental para mis dependientes, también rechazo esa oferta de cobertura.

NOMBRE DEL EMPLEADO	
FIRMA	FECHA (mm/dd/aaaa)

## PASO 5

### Complete y firme su solicitud y entréguela a su empleador

Su empleador nos enviará su solicitud y nos comunicaremos con usted con detalles sobre cómo iniciar una cuenta del SHOP, informarse sobre costos y cobertura e inscribirse en un plan.

Si quiere inscribirse para votar en Minnesota, puede completar un formulario de inscripción en [sos.state.mn.us](http://sos.state.mn.us)

### ¿Necesita ayuda?

Si tiene preguntas relacionadas con esta solicitud o necesita ayuda para completarla, comuníquese con su empleador, los agentes o intermediarios de su empleador, vaya a HealthCare.gov, [www.mnsure.org](http://www.mnsure.org) o llámenos al 1-855-366-7873.

# Adjunto A

## Notificación de Prácticas de la Privacidad

Fecha de vigencia: 1 de octubre de 2013

**Esta notificación describe cómo la información privada acerca de usted puede usarse y divulgarse y cómo usted puede obtener esta información. Por favor revísela detenidamente.**

### ¿Por qué pedimos esta información?

- Para distinguirlo de otras personas con el mismo nombre o con un nombre similar.
- Para decidir para qué servicios califica.
- Para preparar informes, llevar a cabo investigaciones, realizar auditorías y evaluar nuestros programas.
- Para investigar informes de falsificación y fraude.

### ¿Por qué le pedimos su número de Social Security?

Necesitamos su número de Social Security (SSN) para verificar la identidad y evitar la duplicación. No tiene que darnos el SSN de las personas que no están solicitando cobertura o si no tiene un SSN.

### Información de inmigración

La información de inmigración que usted nos entregue es privada. La usamos para saber si usted puede obtener cobertura. Solo la compartimos cuando la ley lo permite o exige, como es el caso para verificar su identidad. Usted no tiene que dar su información de inmigración si no está solicitando para usted.

### ¿Con quiénes podemos compartir la información?

Solo compartiremos su información según se necesite y se nos permita o se requiera por ley. Podemos compartir su información con las siguientes agencias o personas que necesitan la información para llevar a cabo su trabajo:

- Empleados o voluntarios de otras agencias estatales, del condado, locales, federales, de colaboración, agencias sin fines de lucro y privadas que desempeñan funciones de MNsure.
- Los investigadores, auditores, investigadores y otros que realizan evaluaciones y estudios sobre la calidad del cuidado de salud o inician enjuiciamientos, investigaciones de fraude u otras acciones legales relacionadas con la administración del programa MNsure.
- Compañías de seguros de salud, agencias de cuidado de salud, organizaciones de cuidado administrado y otros que paguen por su cuidado.
- Guardianes, conservadores o personas con poder de representación.

- Asesores de solicitud certificados, asistentes en persona, navegadores y agentes, según el caso, así como cualquier otra persona a quien la ley exija que debemos o podemos entregar la información.

Los participantes del programa de confidencialidad de domicilio Safe at Home (Seguro en casa), no deben revelar su domicilio, trabajo u otra dirección que pueda identificar su ubicación física. Más bien, puede usar un apartado de correos (P.O. Box) seguro.

### ¿Tiene que responder las preguntas que le hacemos?

Usted no tiene que darnos su información personal. Sin la información, es posible que no podamos ayudarle. Si nos da información incorrecta a propósito, podrá ser investigado y acusado de fraude.

### ¿Cuáles son nuestras responsabilidades?

Debemos proteger la privacidad de su información médica y otra información privada de acuerdo con los términos de esta notificación.

No podemos usar su información por motivos que no sean los que se indican en este formulario, ni compartir su información con personas y agencias que no sean las que se indican en este formulario, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo.

No venderemos ninguna de la información recopilada, creada o mantenida como parte de esta solicitud.

Debemos cumplir con las condiciones de esta notificación, pero podemos cambiar nuestra política sobre la privacidad debido a cambios en las leyes de privacidad. Publicaremos los cambios a nuestras reglas de privacidad en nuestro sitio Web en: [www.mnsure.org](http://www.mnsure.org)

### ¿Cuáles son sus derechos respecto a la información que tenemos acerca de usted?

Usted y las personas a quienes les ha dado permiso pueden ver y copiar la información médica u otra información privada que tenemos acerca de usted. Es posible que usted tenga que pagar por las copias.

Usted puede cuestionar si la información que tenemos de usted es correcta. Envíe sus inquietudes por escrito. Díganos por qué la información es incorrecta o está incompleta. Envíe su propia explicación de la información

con la que no está de acuerdo. Adjuntaremos su explicación cada vez que su información se comparta con otra agencia.

Usted tiene el derecho de pedirnos por escrito que compartamos la información médica con usted de cierta manera o en cierto lugar. Por ejemplo, podría pedirnos que enviemos la información médica a su dirección de trabajo en lugar de a su domicilio. Si consideramos que su solicitud es razonable, la concederemos.

Usted tiene el derecho de pedirnos que limitemos o restrinjamos la manera en que usamos o divulgamos su información, pero no se nos requiere que estemos de acuerdo con esta solicitud.

Usted tiene el derecho de obtener un expediente de algunas de las personas u organizaciones con quienes hemos compartido su información.

Usted debe solicitar copia de este expediente por escrito a nuestro funcionario de privacidad.

Si no entiende la información, pida a MNSure o a sus socios de ayuda al consumidor que se la expliquen. Puede solicitar a MNSure otra copia de esta notificación o buscar la Política de privacidad de MNSure en [www.mnsure.org](http://www.mnsure.org).

## ¿Qué puede hacer si cree que sus derechos de privacidad han sido infringidos?

Si cree que sus derechos de privacidad han sido infringidos, puede presentar una queja. No se le puede negar servicio ni ser tratado mal debido a que ha presentado una queja. Si cree que su privacidad médica ha sido infringida por su médico o la clínica, una compañía de seguros médicos, un plan médico o una farmacia, puede enviar una queja escrita a la agencia del condado, a la organización o a la oficina federal de derechos civiles a:

(Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU.)

(Oficina para Derechos Civiles, Región V)  
U.S. Department of Health and Human Services  
Office for Civil Rights, Region V  
233 North Michigan Avenue, Suite 240  
Chicago, IL 60601  
312-886-2359 (Voz)  
1-800-368-1019 (Número gratis)  
1-800-537-7697 (TTY)  
312-886-1807 (Fax)

Si cree que MNSure ha infringido sus derechos de privacidad, puede enviar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. a la dirección antes indicada o a:

(Gerente de Privacidad y Seguridad de MNSure)  
MNSure Privacy and Security Manager  
81 7th Street East, Suite 300  
St. Paul, MN 55101-2211

## Derechos y Responsabilidades

### Usted tiene el derecho de solicitar una audiencia

Si cree que sus beneficios son incorrectos o su solicitud no ha sido procesada correctamente, puede solicitar una audiencia de apelación. Al solicitar una audiencia de apelación, usted pide una revisión justa de la decisión de sus beneficios. Puede encontrar instrucciones específicas de apelación en todas las notificaciones que recibe. Puede informarse mejor si va al sitio web de apelaciones de MNSure. Puede solicitar una audiencia si se lo hace saber a su asistente de consumo o ingresando a su cuenta en MNSure.

### La discriminación es contra la ley

**La Oficina para Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. (U.S. Department of Health and Human Services' Office for Civil Rights)** prohíbe la discriminación en sus programas por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad y sexo, lo que incluye estereotipos sexuales e identidad sexual. Si usted cree que se ha discriminado en contra suya, tiene el derecho de presentar una queja directamente ante la Oficina Federal de Derechos Civiles.

(Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU.)

(Oficina para Derechos Civiles, Región V)  
U.S. Department of Health and Human Services  
Office for Civil Rights, Region V  
233 North Michigan Avenue, Suite 240  
Chicago, IL 60601  
312-886-2359 (Voz)  
1-800-368-1019 (Número gratis)  
1-800-537-7697 (TTY)

En Minnesota, si cree que se ha discriminado en contra suya por su raza, color, país natal, religión, credo, sexo, orientación sexual, estado de asistencia pública, edad o discapacidad, usted tiene el derecho de presentar una queja con:

**(Oficina de Accesibilidad e Igualdad de Oportunidades de MNSure)**  
**MNSure Equal Opportunity and Accessibility**  
81 7th Street East, Suite 300  
St. Paul, MN 55101-2211

**(Departamento de Derechos Humanos de Minnesota)**  
**Minnesota Department of Human Rights**  
Freeman Building  
625 Robert Street North  
St. Paul, MN 55155  
651-539-1100 (Voz)  
1-800-657-3704 (Número gratis)  
651-296-1283 (TTY)  
651-296-9042 (Fax)