



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

Solicitud de cobertura de salud para empleadores

El Mercado de seguro médico (Health Insurance Marketplace) del programa SHOP ofrece una nueva manera de que las pequeñas empresas ofrezcan seguro médico a sus empleados. SHOP está abierto a todos los propietarios de negocios pequeños.



¿Quién puede usar esta solicitud?

- Los empleadores que no pueden solicitar en línea.
- Los empleadores que no trabajan con un intermediario.



¿Es mi negocio elegible para el SHOP?

Su negocio u organización debe:

- Tener una dirección de negocios primaria dentro de Minnesota donde usted compra la cobertura,
- Contar con dos empleados por lo menos,
- Tener 50 o menos empleados equivalentes a tiempo completo (FTE - full time equivalent),* y
- Ofrecer cobertura a través del SHOP a todos los empleados a tiempo completo.



Solicite más rápido en línea

- Visite **www.mnsure.org** para solicitar SHOP en línea.
- La fecha de inicio de su cobertura será el primero del mes, por lo menos dos meses completos a partir de la fecha de envío de la solicitud. Si necesita cobertura antes, solicite en línea.



Obtenga ayuda

- **En línea:** **www.mnsure.org**
- **Teléfono:** Llame a nuestro Centro de contacto (Contact Center) al **1-855-366-7873**.
- **Comuníquese con un intermediario:** Visite **HealthCare.gov** o llame al **1-800-706-7893**



¿Cuál es el siguiente paso?

Envíe este formulario y las solicitudes de sus empleados completadas y firmadas a la dirección que aparece en la página 3. Recibirá nuestra respuesta dentro de las dos semanas siguientes. Le informaremos si es elegible para comprar seguro para su pequeña empresa y le proporcionaremos la información que necesita para comparar costos y opciones de cobertura, seleccionar un plan y completar el proceso de inscripción.

*A partir de 2016, todos los negocios y organizaciones con 100 o menos empleados a tiempo completo podrían ser elegibles para el SHOP.

Su información es confidencial.

- Mantendremos su información confidencial según lo exige la ley. Lea el Adjunto A, Notificación de Prácticas de la 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 para sus empleados, 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.

ADA2 (12-12)

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.

PASO 1

Háblenos de usted.

NOTA: Si está utilizando un intermediario para solicitar, debe hacerlo en línea.

1. NOMBRE DEL EMPLEADOR		2. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR (EIN - EMPLOYER IDENTIFICATION NUMBER)		
3. HACE NEGOCIO COMO (Nombre comercial)				
4. TIPO DE EMPLEADOR <input type="radio"/> Sector privado (con fines y sin fines de lucro) <input type="radio"/> Iglesia o afiliado con una iglesia <input type="radio"/> Gobierno local o estatal <input type="radio"/> Gobierno extranjero <input type="radio"/> Gobierno de una tribu y organizaciones y empresas pertenecientes o auspiciadas por tribus				
5. DIRECCIÓN PRINCIPAL DEL NEGOCIO				
6. CIUDAD		7. ESTADO	8. CÓDIGO POSTAL	9. CONDADO
10. ¿CUÁNTOS EMPLEADOS A TIEMPO COMPLETO (O SU EQUIVALENTE) TIENE?		11. <input type="checkbox"/> Sí, ofrezco cobertura de salud a todos los empleados a tiempo completo.		

PASO 2

Díganos con quién debemos comunicarnos acerca de esta solicitud

Contacto principal

1. PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO Y SUFIJO				
2. TÍTULO				
3. DIRECCIÓN POSTAL (si es diferente de la dirección principal del negocio indicada arriba)				
4. CIUDAD		5. ESTADO	6. CÓDIGO POSTAL	7. CONDADO
8. NÚMERO DE TELÉFONO <input type="radio"/> Trabajo <input type="radio"/> Casa <input type="radio"/> Celular		9. OTRO NÚMERO DE TELÉFONO <input type="radio"/> Trabajo <input type="radio"/> Casa <input type="radio"/> Celular		
10. NÚMERO DE FAX		11. CORREO ELECTRÓNICO		
12. Las notificaciones y facturas mensuales se enviarán electrónicamente. Esta persona debe visitar www.mnsure.org y crear una cuenta en línea para recibir notificaciones y facturas electrónicas. <input type="checkbox"/> Marque esta casilla si esta persona también desea recibir notificaciones impresas por correo.				
13. IDIOMA HABLADO O ESCRITO PREFERIDO (si no es inglés)				



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?

Si tiene preguntas, comuníquese con un intermediario en, www.mnsure.org, o llámenos al 1-855-366-7873.

Contacto secundario (opcional)

1. PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO Y SUFIIJO			
2. TÍTULO			
3. DIRECCIÓN POSTAL (si es diferente de la dirección principal del negocio indicada arriba)			
4. CIUDAD	5. ESTADO	6. CÓDIGO POSTAL	7. CONDADO
8. NÚMERO DE TELÉFONO <input type="radio"/> Trabajo <input type="radio"/> Casa <input type="radio"/> Celular		9. OTRO NÚMERO DE TELÉFONO <input type="radio"/> Trabajo <input type="radio"/> Casa <input type="radio"/> Celular	
10. NÚMERO DE FAX	11. CORREO ELECTRÓNICO		
12. Las notificaciones y facturas mensuales se enviarán electrónicamente. Esta persona debe visitar www.mnsure.org y crear una cuenta en línea para recibir notificaciones y facturas electrónicas. <input type="checkbox"/> Marque esta casilla si esta persona también desea recibir notificaciones impresas por correo.			
13. IDIOMA HABLADO O ESCRITO PREFERIDO (si no es inglés)			

PASO 3

OPCIONAL: Haga una lista de todos los empleados a quienes se les ofrecerá cobertura, aunque no se inscriban.

Debe incluir a todos los empleados a tiempo completo (30 horas o más)

Elija de la siguiente selección:

*Estado de empleo: Activo, inactivo, antiguo, discapacitado, jubilado, COBRA, sindicato, otros

**La fecha de vigencia del estado se define como activo=fecha de contratación, inactivo/antiguo/COBRA=fecha de terminación, otros=fecha del suceso

Primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo del empleado	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Número de Social Security (Seguro Social)/Número de identificación fiscal	Estado de empleo*	Fecha de contratación (mm/dd/aaaa)	Fecha de vigencia del suceso** (mm/dd/aaaa)
1.					
2.					
3.					
4.					



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?

Si tiene preguntas, comuníquese con un intermediario en, www.mnsure.org, o llámenos al 1-855-366-7873.

Primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo del empleado	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Número de Social Security (Seguro Social)/Número de identificación fiscal	Estado de empleo*	Fecha de contratación (mm/dd/aaaa)	Fecha de vigencia del suceso** (mm/dd/aaaa)
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20.					



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?

Si tiene preguntas, comuníquese con un intermediario en, www.mnsure.org, o llámenos al 1-855-366-7873.

Primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo del empleado	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Número de Social Security (Seguro Social)/Número de identificación fiscal	Estado de empleo*	Fecha de contratación (mm/dd/aaaa)	Fecha de vigencia del suceso** (mm/dd/aaaa)
21.					
22.					
23.					
24.					
25.					
26.					
27.					
28.					
29.					
30.					
31.					
32.					
33.					
34.					
35.					
36.					



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?

Si tiene preguntas, comuníquese con un intermediario en, www.mnsure.org, o llámenos al 1-855-366-7873.

Primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo del empleado	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Número de Social Security (Seguro Social)/Número de identificación fiscal	Estado de empleo*	Fecha de contratación (mm/dd/aaaa)	Fecha de vigencia del suceso** (mm/dd/aaaa)
37.					
38.					
39.					
40.					
41.					
42.					
43.					
44.					
45.					
46.					
47.					
48.					
49.					
50.					

Adjunte más hojas de papel si es necesario



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?

Si tiene preguntas, comuníquese con un intermediario en, www.mnsure.org, o llámenos al 1-855-366-7873.

PASO 4

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 mi negocio u organización es elegible, esta información se utilizará para facilitar la inscripción.
- Sé que tengo que informar al SHOP si algo cambia (y es diferente de) lo que escribí en esta solicitud. Puedo visitar www.mnsure.org o llamar al 1-855-366-7873 para reportar cualquier cambio.
- Tengo el consentimiento de cada una de las personas que he enumerado en esta solicitud para incluir su información personal identificable, tal como fechas de nacimiento, números de Social Security, direcciones y números de teléfono.
- 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.

FIRMA

FECHA (mm/dd/aaaa)

PASO 5

Envíe por correo la solicitud completa con las solicitudes de sus empleados

Envíe la solicitud completa, **incluso las solicitudes de todos los empleados a:**

MNsure SHOP
P.O. Box 64246
St. Paul, MN 55164

Le informaremos si es elegible para comprar cobertura para su pequeña empresa y le proporcionaremos la información que necesita para comparar costos y opciones de cobertura, seleccionar un plan y completar el proceso de inscripción.

Si quiere inscribirse para votar en Minnesota, puede completar un formulario de inscripción en sos.state.mn.us.



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?

Si tiene preguntas, comuníquese con un intermediario en, 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 identificarlos a usted y a su empresa
- Para decidir si usted es elegible para MNSure
- Para preparar informes, llevar a cabo investigaciones, realizar auditorías y evaluar nuestros programas.
- Para investigar informes de falsificación y fraude.

¿Por qué le pedimos sus números de identificación de contribuyente?

Necesitamos sus números de identificación de contribuyente para identificarlos a usted y a sus empleados y para prevenir duplicación. Usted no tiene que darnos los SSN (Social Security Number) de personas que no estén solicitando cobertura o de las personas que no tengan SSN.

¿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 seguro médico, agencias de cuidado de salud, organizaciones de cuidado administrado y otros que paguen por el cuidado.
- Guardianes, conservadores o personas con poder de representación.
- Asesores de solicitud certificados, asistidores 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, pueden 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 confidencialidad de su 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

¿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 privada que tenemos 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 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.

¿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 Accessibility and Equal Opportunity
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)