

Baker Insurance

FORMULARIO DE ADMISIÓN PARA LA SOLICITUD DE SEGURO MÉDICO INDIVIDUAL

NOMBRE DEL SOLICITANTE

FECHA:

Fecha de Nacimiento

SS#

Masculino

Femenina

Consume Tabaco: Si

No

Embarzo? Si

No

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

Dirección Postal

Ciudad

Estado

Código Postal

Correo Electrónico Primario:

Teléfono de Casa

Celular:

Mensajes de Texto? Si

No

Empleado

Número de teléfono

Periodo de Elección Especial?

Medico de Atención Primario:

INGRESOS de los hogares Ingresos ajustados modificados estimados para el año en curso

Hogar = Declarante de impuestos + cónyuge + dependientes de impuestos

Applicante

Cónyuge

Dependiente 1

Dependiente 2

Dependiente 3

Dependiente 4

NOMBRE DEL CONYUGE

Fecha de Nacimiento

SS#:

Masculino

Femenina

Consume Tabaco: Si

No

Embarzo? Si

No

Empleado

Número de teléfono

Nombre de Dependiente 1 Aplicando? Si No

Fecha de Nacimiento SS#:

Masculino Femenina Consume Tabaco: Si No Embarzo? Si No

Nombre de Dependiente 2 Aplicando? Si No

Fecha de Nacimiento SS#:

Masculino Femenina Consume Tabaco: Si No Embarzo? Si No

Nombre de Dependiente 3 Aplicando? Si No

Fecha de Nacimiento SS#:

Masculino Femenina Consume Tabaco: Si No Embarzo? Si No

Nombre de Dependiente 4 Aplicando? Si No

Fecha de Nacimiento SS#:

Masculino Femenina Consume Tabaco: Si No Embarzo? Si No

Información sobre cobertura de salud laboral

1. Se le ofrece a usted y/o su cónyuge cobertura de seguro médico a través de un empleador? Si No

En caso afirmativo, complete el formulario de la Herramienta de cobertura del empleador adjunto.

2. Su empleador o el de su cónyuge ofrecen un acuerdo de reembolso de salud individual? (ICHRA)? Si No

Si es así, traiga el aviso que le dio su empleador.

3. Su empleador o el de su cónyuge ofrecen un Acuerdo de reembolso de salud para pequeños empleadores calificados (QSEHRA) que reembolsa una parte del costo de la atención médica del empleado? Si No

AUTORIZACIÓN

He proporcionado voluntariamente la información en esta hoja a BIFS, LLC, dba Baker Insurance & Financial Services para ayudar en la elección de planes de salud individuales. Estoy siguiendo sus consejos sobre los planes de salud que mejor atenderán mis necesidades. Acepto recibir mi recomendación personal, sin costo ni obligación, y además autorizo a un agente de ventas con licencia a comunicarse conmigo por teléfono, mensaje de texto, correo electrónico o correo postal, si es necesario. Esta información, proporcionada a Baker Insurance, no debe utilizarse para ningún otro propósito que no sea la selección de mi (s) plan (es) de salud. Entiendo que no estoy obligado a aceptar su recomendación. Al devolver este formulario, autorizo a un agente autorizado de Baker Insurance a comunicarse conmigo con respecto a mis necesidades de atención médica.

Firma o nombre escrito Fecha

Firma de POA, si corresponde, o nombre escrito Fecha

Baker Insurance

Declaración de aviso de privacidad

Este aviso explica cómo BIFS, DBA Baker Insurance y Financial Services pueden recopilar, usar y compartir su información. Léalo detenidamente y póngase en contacto con su agente si tiene alguna pregunta.

Baker Insurance (también denominado como "nosotros") ha ingresado a un acuerdo con Marketplace, bajo el cual nosotros cumpliremos con la privacidad del Mercado y normas de seguridad establecidas por el Departamento de Salud de EE. UU. Y Servicios Humanos y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid.

Podemos recopilar, usar o divulgar cierta información sobre usted, denominada Información de identificación personal ("PII"). Esta información se puede utilizar para identificarlo o rastrear su identidad. Los ejemplos (no una lista completa) de PII incluyen su nombre, dirección, número de teléfono, correo electrónico, fecha y lugar de nacimiento, número de seguro social, ingreso familiar, estado civil, raza u origen étnico, números de tarjeta de crédito / débito e información de la cuenta bancaria.

Podemos divulgar su PII al Mercado (o empleados, agentes o subcontratistas de estos), cierto federal o agencias Estatales, un emisor de seguro de salud que ofrece un QHP que usted ha seleccionado (o los empleados, agentes o subcontratistas), o cualquier persona que esté debida y legalmente autorizada para actuar en su nombre en relación con su PII. Esto incluye a todas las personas que actúen bajo un poder o nombramiento apropiado que cumpla con los requisitos aplicables con la ley estatal y federal.

Podemos usar y divulgar PII si es razonablemente necesario para ayudarlo a comparar los planes de seguro de salud, ayudando con su solicitud de seguro, corrigiendo errores en su solicitud, respondiendo preguntas sobre su elegibilidad, ayudar con la presentación de apelaciones de determinaciones de elegibilidad, informar cambios durante el año, inscribirse en planes de salud ("QHP") a través del Mercado Federalmente Facilitado ("FFM" o "Mercado") o directamente a través del portador, y/o solicitando subsidios federales.

Obtendremos su consentimiento informado que puede revocar en cualquier momento por escrito, para cualquier otro uso o divulgación de PII. Nuestra solicitud para recopilar su PII con el propósito de ayudarlo a usted descrito en este aviso es voluntaria. Si elige no proporcionar la PII solicitada, entonces es posible que no podamos ayudarlo a inscribirse en un plan de seguro de salud.

BIFS, LLC, está requerido a mantener su información segura. Hemos desarrollado normas de privacidad y seguridad que deben seguirse para asegurarse de que su PII esté protegida.

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Me han proporcionado una copia, leí y entiendo BIFS, LLC, dba Baker Insurance & Financial Services Declaración de aviso de privacidad de los servicios con respecto a mi información de identificación personal (PII) y acepto los términos del Aviso de privacidad. Doy permiso para cualquier agente con licencia empleado con BIFS, LLC, para 1) realizar una búsqueda de la solicitud del consumidor utilizando sitios web de inscripción directa clásica/inscripción directa mejorada aprobados en el mercado, 2) ayudar a completar una solicitud de elegibilidad, 3) ayudar con selección e inscripción del plan, y 4) ayudar con el mantenimiento continuó de la cuenta/inscripción. He sido informado de la compensación recibida por la agencia debido a mi(s) inscripción(es) según lo exige la ley federal. Este consentimiento es válido hasta que proporcione una revocación por escrito.

Nombre Impreso:

Firma: Fecha:

Página en blanco

Aplicación de Marketplace Atestación

- No soy elegible para la cobertura de salud de un trabajo (incluyendo COBRA) o el trabajo de otra persona.
- No soy un indio americano o Alaska Native.
- Nadie que solicite cobertura tiene una discapacidad física o una condición de salud mental que limite su capacidad para trabajar, asistir a la escuela o atender sus necesidades diarias.
- Nadie que solicite cobertura necesita ayuda con las actividades diarias (como vestirse o usar el baño) o vive en un centro médico o en un hogar de ancianos.
- A nadie que solicitara cobertura se le ofreció una cobertura individual HRA (ICHRA)
- A nadie que solicitara cobertura se le ofreció una HRA calificado para pequeños empleadores (QSEHRA).
- Entiendo que no soy elegible para un crédito tributario de prima si se me encuentra elegible para otra cobertura de salud que califique, como Medicaid, el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) o un plan de salud basado en el trabajo. También entiendo que si me vuelvo elegible para otra cobertura de salud que califique, debo comunicarme con la cobertura del Mercado y terminar el cobertura del Mercado y crédito tributario. Si no lo hago, la persona que presenta impuestos en mi hogar puede necesitar pagar mi crédito fiscal anterior a la demanda.
- Si alguien en esta solicitud se inscribe en Medicaid, le estoy dando a la agencia de Medicaid nuestros derechos para buscar y obtener dinero de cualquier otro seguro de salud, acuerdos legales u otros terceros. También le estoy dando a la agencia de Medicaid derechos para buscar y obtener apoyo médico de un cónyuge o padre.
- Si alguien en su solicitud está inscrito en la cobertura del Mercado y luego se descubre que tiene otra cobertura de salud que califique (como Medicare, Medicaid o Chip), el Mercado terminará automáticamente su cobertura del plan del Mercado. Esto ayudará a asegurarse de que cualquier persona que tenga otra cobertura de calificación no permanezca inscrita en la cobertura del Mercado y tenga que pagar el costo total.

Entiendo que debido a que el crédito tributario de la prima se pagará en mi nombre para reducir el costo de la cobertura de salud para mí y / o mis dependientes:

- Debo presentar una declaración de impuestos federales para el año fiscal actual.
- Si estoy casado al final del año fiscal actual, debo presentar una declaración conjunta de impuestos sobre año fiscal actual con mi cónyuge.

También excepto que:

- Nadie más podrá calificarme como dependiente de su declaración de impuestos federales del año en curso.
- Reclamaré una deducción de exención personal en mi declaración de impuestos federales del año en curso para cualquier individuo que figure en esta solicitud como mi dependiente que esté inscrito en la cobertura a través de este Mercado, y los premios de cobertura se pague en su totalidad o en parte mediante pagos anticipados del crédito tributario de premios.

Si alguno de los cambios anteriores:

- Entiendo que puede afectar mi capacidad para obtener el crédito.
- También entiendo que cuando presente mi declaración de impuestos federales del año en curso, el Servicio de Impuestos Internos (IRS) comparará los ingresos en mi declaración de impuestos con los ingresos en mi solicitud. Entiendo que si el ingreso en mi declaración de impuestos es menor que el monto de los ingresos en mi solicitud, podría ser elegible para obtener un monto adicional de crédito tributario de prima. Por otro lado, si el ingreso en mi declaración de impuestos es mayor que la cantidad de ingresos en mi solicitud, puedo deber un impuesto federal adicional sobre la renta.
- ¿Estoy dispuesto a permitir que el Mercado use datos de ingresos, incluida la información de las declaraciones de impuestos, durante los próximos 5 años? Optar por no participar en cualquier momento – <https://www.healthcare.gov>
- Sé que bajo la ley federal, la discriminación no está permitida por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género o discapacidad, puedo presentar una queja de discriminación visitando [hhs.gov/ocr/office/file](https://www.hhs.gov/ocr/office/file).
- Sé que la información en este formulario se usará solo para determinar la elegibilidad para la cobertura de salud, ayudar a pagar la cobertura (si se solicita) y para propósitos legales del Mercado y los programas que ayudan a pagar la cobertura.
- Sé que debo informar al Mercado de Seguros Médicos dentro de los 30 días si hay algún cambio (y es diferente a) lo que escribí en esta solicitud. Puedo visitar [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) o llamar al 1-800-318-2596 para informar cualquier cambio. Entiendo que un cambio en mi información podría afectar mi elegibilidad, así como la elegibilidad para el (los) miembro (s) de mi hogar.
- Estoy firmando esta solicitud bajo pena de perjurio, lo que significa que he proporcionado respuestas verdaderas a todas las preguntas en este formulario a mi leal saber y entender. Sé que puedo estar sujeto a sanciones bajo la ley federal si intencionalmente proporciono información falsa o falsa.

Nombre

Firma Fecha

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
- To reimburse medical expenses through a Health Reimbursement Arrangement (HRA).

Look at the notice from the employer for the information you need to complete your Marketplace application. Visit [HealthCare.gov/job-based-help](https://www.healthcare.gov/job-based-help) to learn more.

Employee information

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

1. Employee name (First, Middle, Last)	2. Employee Social Security Number (SSN)
<input type="text"/>	<input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; border-bottom: none; border-right: none; border-left: none; border-top: none;" type="text"/> - <input style="width: 10px; height: 20px; border: 1px solid black; border-bottom: none; border-right: none; border-left: none; border-top: none;" type="text"/> - <input style="width: 10px; height: 20px; border: 1px solid black; border-bottom: none; border-right: none; border-left: none; border-top: none;" type="text"/>

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?
<input type="text"/>	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
<input type="text"/>	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
<input type="text"/>	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
<input type="text"/>	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No

Employer information

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

4. Employer name		
<input type="text"/>		
5. Person or department we can contact for information about any coverage offered		
<input type="text"/>		
6. Employer address (the Marketplace may send notices to this address)		
<input type="text"/>		
7. City	8. State	9. ZIP code
<input type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black; border-bottom: none; border-right: none; border-left: none; border-top: none;" type="text"/>	<input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; border-bottom: none; border-right: none; border-left: none; border-top: none;" type="text"/>
10. Employer contact phone number	11. Employer contact email address	
(<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black; border-bottom: none; border-right: none; border-left: none; border-top: none;" type="text"/>) <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; border-bottom: none; border-right: none; border-left: none; border-top: none;" type="text"/>	<input type="text"/>	
12. Employer Identification Number (EIN)		
<input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; border-bottom: none; border-right: none; border-left: none; border-top: none;" type="text"/> - <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; border-bottom: none; border-right: none; border-left: none; border-top: none;" type="text"/>		

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