

Covered California para pequeñas empresas (CCSB)



COVERED CALIFORNIA
SMALL BUSINESS

Solicitud para empleadores

Covered California para pequeñas empresas ofrece nuevas maneras para que pequeñas compañías puedan ofrecer cobertura médica a sus empleados.

THINGS TO KNOW



¿Quién puede usar esta solicitud?

Para poder participar en CCSB, tu organización o empresa debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Tu organización o negocio deben tener una dirección física en California, u ofrecer cobertura a cada empleado a través de CCSB que estén trabajando en la dirección principal.
- Tener de uno a 100 empleados de tiempo completo, y
- Ofrecer cobertura médica a los empleados que sean de tiempo completo, que trabajen un promedio de 30 horas por semana.



¿Qué necesitas para aplicar?

- Una copia de tu DE-9C
- Documentación de tu negocio adicional (ver el paso 1)
- Información acerca de sus empleados elegibles
 - Nombre completo
 - Número de seguro social o número de identificación de impuestos
 - Fecha de nacimiento
 - Dirección
 - Número de teléfono
 - Estatus de COBRA y/o Cal-COBRA
 - Información de los dependientes (si es que se ofrece cobertura a los dependientes)

Los empleados que rechacen la cobertura deben llenar la solicitud del empleador y firmar la parte correspondiente de la solicitud.



Obtén ayuda

- En línea: www.CoveredCA.com/ForSmallBusiness
- Por teléfono: Llama a nuestro Centro de servicio a clientes al (855)777-6782
- En español: Llama a nuestro centro de ayuda gratis al (855)777-6782
- Llama a tu agente certificado
- Llama al Centro de servicio a clientes de pequeñas empresas de Covered California para información acerca de como encontrar un agente certificado en tu área (855)777-6782.



¿Cuál es el siguiente paso?

Una vez que tus empleados llenen y firmen su solicitud, envíalas junto con esta solicitud completa, a la dirección en la pagina 6. Dentro de 1 a 2 semanas te llegará una notificación donde sabrás si eres o no elegible para Covered California para pequeñas empresas.

Tu información es confidencial.

- Mantendremos tu información confidencial conforme a la ley.
- La información y respuestas en esta aplicación solo serán usadas para decidir si eres o no elegible para CCSB.

*Para más información acerca de los empleados de tiempo completo (FTE, por sus siglas en inglés) y como llegar a esta cifra, revisa la página 3.

PASO 1 Verificar tu elegibilidad para CCSB.

Debes proporcionar un documento para cada grupo.

Tú eres:	¿Cuánto tiempo has tenido tu negocio?	Debes proporcionar lo siguiente:		
		Documento 1 (escoger uno)	Documento 2 (escoger uno)	Documento 3 (escoger uno)
<input type="checkbox"/> Único propietario: Si eres el único dueño de tu negocio puedes calificar para CCSB si tienes empleados que cumplan con los requisitos.	<input type="checkbox"/> Menos de 3 meses	<input type="checkbox"/> Licencia de negocio local o <input type="checkbox"/> Presentación de nombres comerciales ficticios.	<input type="checkbox"/> DE-9C o <input type="checkbox"/> Registros de nómina de 30 días	
	<input type="checkbox"/> Más de 3 meses	<input type="checkbox"/> Horario C o Licencia de negocio local o <input type="checkbox"/> Presentación de nombres comerciales ficticios.	<input type="checkbox"/> DE-9C y <input type="checkbox"/> Horario C (si el dueño se inscribe)	
<input type="checkbox"/> Corporación	<input type="checkbox"/> Menos de 3 meses	<input type="checkbox"/> Artículos de incorporación (presentado y sellado)	<input type="checkbox"/> DE-9C o <input type="checkbox"/> Registros de nómina de 30 días	<input type="checkbox"/> Estado de información (si se le ofreció cobertura a los oficiales y no están listados en DE-9C) o <input type="checkbox"/> Listado de actas de reuniones corporativas con todos los nombres de los oficiales)
	<input type="checkbox"/> Más de 3 meses	<input type="checkbox"/> DE-9C	<input type="checkbox"/> Estado de información (si a los oficiales se les ofrece cobertura y no están listados en el DE-9C)	
<input type="checkbox"/> Sociedad	<input type="checkbox"/> Menos de 3 meses	<input type="checkbox"/> Contrato de sociedad	<input type="checkbox"/> Carta de identificación fiscal federal	<input type="checkbox"/> DE-9C o <input type="checkbox"/> Registros de nómina de 30 días
	<input type="checkbox"/> Más de 3 meses	<input type="checkbox"/> DE-9C	<input type="checkbox"/> Horario actual K-1 (si los socios no están listados en DE-9C) o <input type="checkbox"/> Contrato de sociedad y Carta de identificación fiscal federal (si el horario K-1 no está disponible)	
<input type="checkbox"/> Sociedad limitada (LP)	<input type="checkbox"/> Menos de 3 meses	<input type="checkbox"/> Contrato de sociedad	<input type="checkbox"/> Carta de identificación fiscal federal	<input type="checkbox"/> DE-9C or <input type="checkbox"/> Registros de nómina de 30 días
	<input type="checkbox"/> Más de 3 meses	<input type="checkbox"/> DE-9C (Socios limitados de una LP no son elegibles para cobertura al menos que aparezcan en el DE-9C).	<input type="checkbox"/> Horario actual K-1 (si los socios no están listados en DE-9C) o <input type="checkbox"/> Contrato de sociedad y Carta de identificación fiscal federal (si el horario K-1 no está disponible)	
<input type="checkbox"/> Sociedad de responsabilidad limitada (LLP)	<input type="checkbox"/> Menos de 3 meses	<input type="checkbox"/> Contrato de sociedad o <input type="checkbox"/> Carta de identificación fiscal federal	<input type="checkbox"/> DE-9C o <input type="checkbox"/> Registro de nómina de 30 días	
	<input type="checkbox"/> Más de 3 meses	<input type="checkbox"/> DE-9C	<input type="checkbox"/> Horario actual K-1 (si los socios no están listados en DE-9C) o <input type="checkbox"/> Contrato de sociedad y Carta de identificación fiscal federal (si el horario K-1 no está disponible)	
<input type="checkbox"/> Compañía de responsabilidad limitada (LLC)	<input type="checkbox"/> Menos de 3 meses	<input type="checkbox"/> Artículos de acuerdos de operación de la organización o <input type="checkbox"/> Estado de información	<input type="checkbox"/> DE-9C o <input type="checkbox"/> Registro de nómina de 30 días	
	<input type="checkbox"/> Más de 3 meses	<input type="checkbox"/> DE-9C	<input type="checkbox"/> Horario K-1 actual para sociedad u Horario C para único dueño (si los miembros administradores no están presentes en la lista que muestra salarios en DE-9C) o <input type="checkbox"/> Estado de información o Contrato de artículos de operación de la organización (si no hay horarios K-1 u horario C).	

Continúa en la siguiente hoja ➔

PASO 2 Cuéntanos acerca de tu negocio

Tu organización o negocio deben tener una dirección física en California, u ofrecer cobertura a cada empleado a través de CCSB que estén trabajando en la dirección principal.

1. Nombre completo y legal de tu negocio		2. Número de identificación federal de empleador (FEIN)	
3. Haciendo negocio como (DBA)		4. Número de identificación estatal de empleador (SEIN)	
5. ¿Qué nombre deseas usar para reportar impuestos? <input type="checkbox"/> Nombre legal <input type="checkbox"/> DBA		6. Tipo de organización <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Sin fines de lucro <input type="checkbox"/> Gubernamental <input type="checkbox"/> Religión o afiliada a religión affiliated	
7. Número total de empleados de tiempo completo (FTE). Equivalent (FTE) employees*?		8. ¿Número de empleados elegibles?	
9. Fecha que deseas que comience la cobertura		10. SIC code	
11. Estoy ofreciendo cobertura a:** <input type="checkbox"/> Unicamente mi empleado <input type="checkbox"/> Mi empleado + sus hijos(as) <input type="checkbox"/> Mi empleado + cónyuge + hijos(as)		12. <input type="checkbox"/> Si, estoy ofreciendo cobertura a la pareja doméstica no registrada. <input type="checkbox"/> No, no estoy ofreciendo cobertura a la pareja doméstica no registrada.	
13. Mi compañía está sujeta a: <input type="checkbox"/> COBRA federal <input type="checkbox"/> Cal-COBRA		14. ¿Tienes más de 20 empleados que han trabajado durante más de 20 semanas en el año fiscal pasado y/o actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
15a. Actualmente ¿ofreces cobertura médica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		15b. Si ofreces cobertura, ¿con qué compañía(s)?	
		16. ¿Planeas aprovechar el Crédito fiscal de atención médica para pequeñas empresas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No califico	

PASO 3 Dinos a quien contactar sobre esta solicitud o cambio.

Contacto Principal (notificaciones oficiales serán dirigidas al contacto principal)

1. Apellido paterno, Apellido materno, Nombre(s)	
2. Teléfono () -	3. Correo electrónico
4. ¿Prefieres notificaciones electrónicas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	5. Idioma hablado o escrito preferido (si no es inglés)

Representante autorizado (Opcional: si quieres nombrar algún representante autorizado)

6. Apellido paterno, Apellido materno, Nombre(s)	
7. Teléfono () -	8. Correo electrónico

Dirección principal de la empresa

9. Dirección principal de la empresa – nombre de la calle (solamente dirección de California)				
10. Número de apartamento o unidad (si aplica)				
11. Ciudad	12. Estado	13. Código postal	14. Condado	
15. ¿Tu dirección postal es la misma que tu dirección principal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		16. ¿Tu dirección de facturación es la misma que la dirección comercial principal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
17. Dirección postal	18. Ciudad	19. Estado	20. Código postal	21. Condado

Información del agente certificado (si es aplicable)

1. Apellido paterno, Apellido Materno, Nombre(s)		2. # de licencia de seguros de California	3. # FEIN de la agencia
4. Agente certificado de Covered California <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
5. Nombre de agencia (si es aplicable)			

? ¿Necesitas ayuda con tu solicitud? Llama a tu agente certificado, visita www.CoveredCA.com/espanol o llámanos al (855)777-6782.

*Para más información acerca de los empleados de tiempo completo (FTE, por sus siglas en inglés) y como llegar a esta cifra, revisa la página 3.

** Si un empleador es considerado un Gran empleador aplicable (un total de 50 o más empleados FTE), el empleador deberá ofrecer servicios a los dependientes de sus empleados para evitar las sanciones de Responsabilidad Compartida del Empleador (ESR). Consulte la Sección 4980H del Código de Rentas Internas.

Continúa en la siguiente hoja ➔

¿Qué es un empleado de tiempo completo?

Para efectos de determinar si un empleador es un empleador pequeño o grande según lo define la Ley de Atención Médica Asequible (ACA) y la ley aplicable de California, el empleador debe calcular su número total de empleados "equivalentes a tiempo completo" (FTE). Este número determina si el empleador es elegible para participar en Covered California para pequeñas empresas. El número de FTEs también es importante para determinar si un empleador es un Gran empleador aplicable (ALE) y está sujeto a la Provisión de responsabilidad compartida por el empleador (ESRP) según la Sección 4980H del Código de Rentas Internas.

Un empleado FTE no es un empleado real sino un cálculo que involucra a todos los empleados de tiempo parcial y completo que trabajaron durante el año fiscal anterior. Consulta la Sección 1357.500(k)(3) del Código de salud y seguridad y la Sección 10965.3(q)(3) del Código de seguros para más información. Si el empleador no existiera en el año calendario o trimestre anterior, el empleador determinará el número promedio de empleados que se espera razonablemente que trabajen en días hábiles en el año fiscal actual. Esta cifra establecerá si el empleador es elegible para la cobertura a través de Covered California para pequeñas empresas.

Para efectos de determinar si un empleador es un Gran empleador aplicable que está sujeto al ESRP, el cálculo sólo incluye las cifras de empleo del año fiscal anterior. Consulta la Sección 4980H del Código de rentas internas y el sitio web del IRS para más detalles.

Instrucciones

1. Puedes encontrar información sobre cómo realizar el cálculo FTE utilizando el sitio web de Provisión de responsabilidad compartida por el empleador (ESRP): <http://taxpayeradvocate.irs.gov/estimator/esrp/>
2. Utilice las cifras finales de FTE como el número que utiliza para completar el Paso 2, pregunta 7 de esta solicitud.

Cosas importantes que debes saber

- Si tienes al menos 50 FTEs, estas requerido por ley a ofrecer cobertura a los dependientes de hasta 26 años de tus empleados. Consulta la sección 4980H del Código de rentas internas.
- Calcular el número de empleados FTE es responsabilidad del empleador.
- Covered California no proporciona asistencia para calcular los FTEs de la organización. Consulta con un agente certificado o en la página web del IRS.

Continúa en la siguiente hoja →

PASO 4 Selecciona un nivel de cobertura médica para ofrecer a tus empleados.

NOTA: Los planes solo pueden ser cambiados durante el período de renovación.

Consulta aquí si estas cambiando de plan.

¡NUEVO!

4 niveles metálicos

Los empleados pueden escoger cobertura médica de los siguientes **cuatro niveles metálicos:**



¡NUEVO!

3 niveles metálicos

Los empleados pueden escoger cobertura médica de **uno de los siguientes dos grupos:**



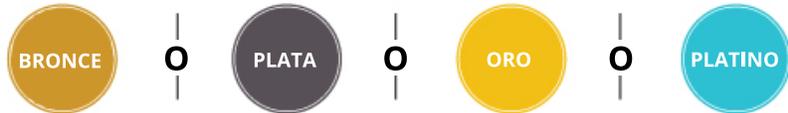
2 niveles metálicos

Los empleados pueden escoger cobertura médica de **uno los siguientes tres grupos:**



1 niveles metálicos

Los empleados pueden escoger cobertura médica de uno de **los siguientes niveles metálicos:**



PASO 5 Selecciona un plan de referencia dentro del nivel(es) de cobertura que seleccionaste.

(El plan de referencia es el plan que escogiste para determinar la cantidad que vas a aportar hacia la cobertura de tu empleado).

Compañía de seguro médico: _____

Nombre del plan de referencia (sé lo más específico posible) _____

Nivel metálico Bronce Plata Oro Platino

PASO 6) Especifica tu contribución económica

Ingrese el porcentaje al que contribuirá:

Costo de cobertura del empleado _____ % (mínimo de 50%)

Costo de cobertura de dependiente(s) _____ % opcional, "0" si no vas a contribuir

Continúa en la siguiente hoja →

PASO 7) Infertilidad

¿Deseas ofrecer coberturas médicas que cubran infertilidad?*

Sí

No

En la parte de abajo se encuentran los términos y condiciones para ofrecer planes que cubran infertilidad:

Empleadores con 20 o más empleados elegibles:

- Los empleadores que tengan 20+ empleados y quieran ofrecer beneficios de infertilidad a sus empleados, todos los planes seleccionados deberán incluir beneficios de infertilidad.
- Los empleadores que tengan 20+ empleados y NO quieran ofrecer beneficios de infertilidad a sus empleados, todos los planes seleccionados no ofrecerán cobertura de infertilidad

Empleados con menos de 20 empleados elegibles:

Los empleadores que tengan menos de 20 empleados elegibles tienen la opción de incluir beneficios de infertilidad solamente en planes que no sean HMO.

Si el empleador decide ofrecer beneficios de infertilidad, lo siguiente es aplicable:

- Los empleados que seleccionen un HMO no pueden seleccionar un plan que incluya beneficios de infertilidad.
- Los empleados que seleccionen un PPO o EPO deben seleccionar un plan que incluya beneficios de infertilidad.

Si el empleador decide NO ofrecer beneficios de infertilidad, lo siguiente es aplicable:

- Los empleados que seleccionen un HMO, no pueden seleccionar un plan que incluya beneficios de infertilidad.
- Los empleados que seleccionen un PPO o EPO, no pueden seleccionar un plan que incluya beneficios de infertilidad.

****Los empleadores que no seleccionen una respuesta, será tomado como que NO ofrecerán un plan médico que ofrezca beneficios de infertilidad.**

PASO 8) Cobertura dental

¿Deseas ofrecer cobertura dental?

Sí

No

PASO 9)

Selecciona el plan dental de referencia que escogiste en tu respectivo nivel(es) de plan.

(El plan de referencia es el plan que escoges para determinar la contribución que darás hacia el costo de cobertura de tu empleado).

Compañía de seguro dental _____

Nombre de plan de referencia (sé lo más específico posible) _____

PASO 10) Especifica tu contribución hacia el plan dental (opcional).

Ingrese el porcentaje al que contribuirá:

Costo de cobertura del empleado _____ % (opcional, "0" si no vas a contribuir)

Costo de cobertura de dependiente(s) _____ % (opcional, "0" si no vas a contribuir)

Continúa en la siguiente hoja ➔

PASO 11

Atestación, arbitraje y firma: leer, completar y firmar

Para participar en Covered California para Pequeñas Empresas, debe dar fe de lo siguiente:

- A. Entiendo que la información proporcionada en esta solicitud será usada para determinar mi elegibilidad y facilitar la inscripción en una cobertura médica y que mi información no será compartida y se mantendrá privada conforme a la ley federal y estatal.
- B. Mi período de espera cumple con el 42 U.S.C. § 300gg-7, Sección 10198.7(c) del Código de Seguros de California, modificado por Estatutos 2013-2014, 1º Ex. Ses., cap. 1, § 7 y Sección 1357.51(c) del Código de Salud y Seguridad de California, modificado por los Estatutos 2013-2014, 1er Ex Sess., cap. 2, § 2, y todos mis empleados elegibles han cumplido el período de espera.
- C. Si se incluye mi lista de empleados, tengo el consentimiento de todos los nombrados en la solicitud de incluir su información personal e identificable como, pero no limitado, a su fecha de nacimiento, seguro social o números de identificación fiscal, así como dirección y teléfono.
- D. Entiendo que, bajo la ley federal, no se permite la discriminación por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género, discapacidad, religión, estado civil o condición de veterano.
- E. Entiendo que SHOP no considerará aprobada mi cobertura grupal hasta que la factura inicial haya sido pagada en su totalidad y entregada a SHOP o matasellado antes de la fecha de vencimiento indicada en la factura.
- F. Entiendo en que debo continuar realizando los pagos requeridos del saldo total adeudado antes de la fecha de vencimiento indicada en la factura, para continuar siendo un empleador elegible en SHOP.
- G. Sé que debo informar a todos los empleados elegibles sobre la disponibilidad de cobertura y que aquellos que no elijan la cobertura deben esperar un año o tener un evento de vida significativo para obtener cobertura a través de mi plan grupal deciden que siempre si les gustaría tener cobertura.
- H. Entiendo que una vez que SHOP aprueba la cobertura, los cambios en la cobertura no se pueden implementar después de mi fecha de vigencia hasta el próximo período de inscripción abierta, excepto cuando el empleador ejerza el derecho de cambiar la cobertura con el mismo emisor dentro de los primeros 30 días de la fecha de vigencia de la cobertura de conformidad con el Código de Salud y Seguridad 1357.504 (c) y el Sección 10753.06.5 (c) del Código de Seguros.
- I. Entiendo que la cobertura de seguro médico a través de SHOP está sujeta a los términos y condiciones aplicables del contrato o póliza del emisor QHP y la ley estatal aplicable, las cuales determinarán los procedimientos, exclusiones y limitaciones relacionadas con la cobertura y registrará en caso de cualquier conflicto con la comparación de beneficios del emisor de SHOP o QHP, el resumen u otra descripción de la cobertura.
- J. Entiendo que, una vez enviada la información a la compañía de seguro médico, la fecha de vigencia de la cobertura grupal no puede ser modificada ni cancelada antes del primer mes de cobertura.
- K. Entiendo que las declaraciones hechas en esta solicitud están sujetas a auditorias por parte de SHOP en cualquier momento.
- L. Entiendo que las declaraciones hechas en esta solicitud deben ser mantenidas en orden para poder continuar mi cobertura con SHOP.
- M. Certifico que el número total de empleados de tiempo completo (FTEs) que he proporcionado en el cuadro 7, página 2 de esta solicitud es verdadero y correcto a mi saber y entender

He leído y doy fe de los requisitos anteriores para participar en CCSB.

Acuerdo de arbitraje vinculante:

Entiendo que, si selecciono un plan de salud que utiliza arbitraje vinculante obligatorio para resolver disputas, acepto arbitrar reclamos que se relacionen con mi persona o dependiente en el plan de salud (excepto casos del Tribunal de Reclamos Menores y reclamos que no pueden estar sujetos a arbitraje vinculante según la ley vigente). Entiendo que cualquier disputa entre yo, mis herederos, familiares u otras partes asociadas por un lado y el plan de salud, cualquier atención médica contratada como proveedores, administradores u otras partes asociadas, por otro lado, por presunta violación de cualquier deber que surja de o esté relacionado con la membresía en el plan de salud incluido, pero no limitado a, responsabilidad de las instalaciones, relacionado con la cobertura o la entrega de servicios o artículos, o, si selecciono un plan de salud de Kaiser Permanente, incluido cualquier reclamo por negligencia médica u hospitalaria (un reclamo de que los servicios médicos fueron innecesarios o no autorizados o fueron realizados de manera inadecuada, negligente o incompetente) independientemente de la teoría jurídica, debe decidirse mediante arbitraje vinculante según la ley de California y no mediante demanda o recurso a un proceso judicial, excepto en los casos en que La ley aplicable prevé la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Acepto renunciar a mi derecho a un juicio con jurado y acepto el uso de arbitraje vinculante. Entiendo que la disposición de arbitraje completa se encuentra en el documento de cobertura del plan de salud, que está disponible para mi revisión.

He leído y entendido el acuerdo de arbitraje vinculante.

Firma del dueño/Persona autorizada	Titulo
Nombre completo en letra molde	Fecha

Continúa en la siguiente hoja ➡

PASO 12

En caso de que un agente certificado te ayudara a llenar esta solicitud, el agente también debe firmar la solicitud

- Ningún agente certificado me ayudó con mi solicitud.

El solicitante completó y ejecutó esta solicitud, y yo lo ayudé ofreciéndole asesoramiento para brindarle respuestas a sus preguntas. Le aconsejé al solicitante que debía responder todas las preguntas de forma completa y sinceramente y que ninguna información solicitada debe ser retenida. Le expliqué al solicitante, en un lenguaje fácil de entender, el riesgo que corría al proporcionar información inexacta y el solicitante entendió la explicación. Hasta donde yo sé, según lo que me reveló el solicitante, la información contenida en esta solicitud es precisa y completa. **Entiendo que, si alguna parte de esta declaración firmada por mí es falsa, puedo estar sujeto a sanciones civiles de hasta \$10,000 según lo autorizado por el Código de Salud y Seguridad de California Sección 1389.8 y Sección 10119.3 del Código de Seguros.**

Firma del agente certificado

Nombre con letra de molde

Fecha

PASO 13

Asegúrate de...

- ...Leer acerca de qué son los empleados de tiempo completo (FTEs) en la pag. 3.
- ...Leer y firmar la pag. 6.
- ...Adjuntar toda la documentación requerida de la pag. 1.
- ...Llenar la solicitud completa para todos los empleados elegibles (si incluye una lista de empleados).
- ...Obtener la firma de tu agente certificado (si es que alguien te ayudó a llenar tu solicitud).

Nota: Covered California te enviará una factura con el costo de tu primer mes de cobertura.

PASO 14

Envía tu solicitud y la de tus empleados.

Envía tu solicitud completa, incluyendo la solicitud de tus empleados y todos los documentos requeridos a:

**Covered California for Small Business
P.O. Box 7010
Newport Beach, CA 92658**



¿Necesitas ayuda?

Si tienes preguntas acerca de cómo llenar tu aplicación o necesitas ayuda, llama a tu agente certificado o llámanos al (855)777-6782.