

**Bảo Hiểm Sức Khỏe từ Công Việc Làm**

Quý vị **KHÔNG** cần trả lời cho các câu hỏi này trừ khi có người nào trong gia đình hội đủ điều kiện hưởng bảo hiểm sức khỏe từ công việc làm, mặc dù họ không nhận bảo hiểm. Đính kèm một bản sao của trang này cho mỗi công việc có bảo hiểm đài thọ.

**Cho chúng tôi biết về công việc có bảo hiểm đài thọ.**

Làm một bản sao của trang này và đem nó đến hãng sở có bảo hiểm đài thọ để giúp quý vị trả lời cho những câu hỏi này.

**THÔNG TIN VỀ NHÂN VIÊN**

1. Tên nhân viên (Tên, Tên Lót, Họ)	2. Số An Sinh Xã Hội Của Nhân Viên
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>

**THÔNG TIN VỀ HÃNG SỞ**

3. Tên hãng sở	4. Số Nhận Dạng Hãng Sở (EIN)	
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>	
5. Địa chỉ hãng sở	6. Số điện thoại của hãng sở	
<input type="text"/>	( <input type="text"/> ) <input type="text"/> - <input type="text"/>	
7. Thành phố	8. Tiểu bang	9. Số ZIP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10. Chúng tôi có thể liên lạc với người nào về bảo hiểm sức khỏe cho nhân viên làm công việc này?		
<input type="text"/>		
11. Số điện thoại (nếu khác với ở trên)	12. Địa chỉ Email	
( <input type="text"/> ) <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	

**13. Quý vị hiện có hội đủ điều kiện để được bảo hiểm mà hãng này cung cấp, hoặc nhân viên có hội đủ điều kiện trong 3 tháng tới hay không?**

**CÓ** (Tiếp tục)  **KHÔNG** (Dừng tại đây và đi đến Bước 5 trong đơn xin.)

a. Nếu quý vị đang trong thời kỳ chờ đợi hoặc thử thách, khi nào quý vị có thể ghi danh để được bảo hiểm? (tháng/ngày/năm)

/  /

**Liệt kê tên của bất cứ người nào khác hội đủ điều kiện được bảo hiểm từ công việc này.**

Tên	Tên	Tên
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Cho chúng tôi biết về chương trình sức khỏe mà hãng sở này cung cấp.**

14. Hãng sở có cung cấp chương trình bảo hiểm sức khỏe đáp ứng tiêu chuẩn về giá trị tối thiểu hay không\*? .....  Có  Không

15. Đối với chương trình có giá thấp nhất đáp ứng tiêu chuẩn giá trị tối thiểu\* được cung cấp **chỉ cho nhân viên** (không kể vào các chương trình dành cho gia đình): Nếu hãng sở có các chương trình lành mạnh, cung cấp bảo phí mà nhân viên sẽ trả nếu người này được giảm giá tối đa cho các chương trình cai thuốc lá, và chưa nhận được bất cứ cách giảm giá nào khác dựa vào các chương trình lành mạnh.

a. Nhân viên phải đóng bảo phí bao nhiêu cho chương trình này? \$

b. Bao lâu một lần?  Mỗi tuần  Mỗi 2 tuần  Mỗi tháng một lần  Mỗi tháng một lần  Tam cá nguyệt  Hàng năm (Đi đến câu hỏi kế tiếp.)

16. Hãng sở sẽ thay đổi, nếu bất kỳ, điều gì cho chương trình của năm mới?

Hãng sở không cung cấp bảo hiểm sức khỏe.

Hãng sở sẽ bắt đầu cung cấp bảo hiểm sức khỏe cho nhân viên hoặc thay đổi số tiền đóng bảo phí để lấy chương trình có chi phí thấp nhất đáp ứng tiêu chuẩn giá trị tối thiểu\* và hiện chỉ có cho nhân viên. (Bảo phí cần phản ảnh khoản giảm giá cho các chương trình lành mạnh. Xem câu hỏi 15.)

a. Nhân viên phải đóng bảo phí bao nhiêu cho chương trình này? \$

b. Bao lâu một lần?  Mỗi tuần  Mỗi 2 tuần  Mỗi tháng một lần  Mỗi tháng một lần  Tam cá nguyệt  Hàng năm

c. Ngày thay đổi:  /  /

\*Một chương trình sức khỏe được hãng sở tài trợ đáp ứng "tiêu chuẩn giá trị tối thiểu" nếu phần chia sẻ của chương trình về tổng chi phí phức lợi được cho phép được chương trình đài thọ không dưới 60 phần trăm của các chi phí đó (Phần 36B(c)(2)(C)(ii) thuộc Bộ Luật Thuế Vụ năm 1986). Đa số các chương trình sức khỏe mà hãng sở cung cấp đều đáp ứng tiêu chuẩn giá trị tối thiểu.