The Commonwealth of Massachusetts
Executive Office of Health and Human Services
(Gabinete de Assistência Social e à Saúde)
Division of Health Care Finance and Policy
(Divisão de Normas e Finanças da Assistência à Saúde)

Employee Health Insurance Responsibility Disclosure Form - 2007

(Formulário de Informações sobre Responsabilidade de Seguro Saúde do Funcionário)

Você está preenchendo este formulário porque você se recusou a participar do plano de seguro saúde patrocinado pelo seu empregador e/ou se recusou a participar do acordo de compra pré-tributada "Section 125 Cafeteria Plan" do empregador.

Nome do empregador: _____ **FEIN:** _____

D/B/A do empregador: _____

Endereço do empregador: _____

Cidade | Estado | Código postal: _____

Empregador: Relate o valor em dólares da parcela mensal do funcionário do prêmio (premium) para o plano de saúde individual mais barato oferecido pelo empregador ao funcionário. $

Primeiro nome do funcionário **Inicial do nome do meio**

Sobrenome do funcionário **Sufixo** (por exemplo, Sr., Jr.)

Seguro social ou número de identificação tributária do funcionário

___ — __ — ____

Funcionários: marque o quadro apropriado para cada pergunta.

1. Foi oferecido a você um seguro saúde subsidiado pelo empregador? Sim ☐ Não ☐

   1a. Caso afirmativo, você recusou o seguro saúde subsidiado do seu empregador? Sim ☐ Não ☐

2. Foi oferecido a você um "Section 125 Cafeteria Plan" para pagar pelo seguro saúde? Sim ☐ Não ☐

   2a. Caso afirmativo, você recusou o uso do "Section 125 Cafeteria Plan" do empregador para pagar pelo seguro saúde? Sim ☐ Não ☐

3. Você possui outro seguro saúde? Sim ☐ Não ☐

Declaração do Funcionário

Eu afirmo, por meio desta, sob pena de perjúrio que todas as informações fornecidas aqui são verdadeiras do melhor do meu conhecimento. Eu também entendo que se não tiver seguro saúde posso ser responsável pelo custo total de todo tratamento médico, que posso perder toda ou parte da isenção do meu imposto pessoal e estar sujeito a outras penalidades conforme a M.G.L c. 111M, que o formulário de Informações sobre Responsabilidade de Seguro Saúde (HIRD - Employee Health Insurance Responsibility Disclosure) do funcionário contém informações que devem ser relatadas na minha declaração de imposto de renda de Massachusetts e que devo guardar uma cópia do formulário HIRD assinado.

Assinatura do funcionário **Data (MM/DD/AA)** __ __ / __ __ / __ __

O empregador deve arquivar este documento por três (3) anos e apresentá-lo quando solicitado pela Division of Health Care Finance and Policy (Divisão de Normas e Finanças da Assistência à Saúde) e a Division of Revenue (Divisão de Receita) conforme requerido pela lei estadual 114.5 CMR 18.00.

Instruções

Informações do Empregador

Os empregadores devem preencher todos os campos relevantes.

Relate o valor em dólares da parcela mensal do funcionário do prêmio (premium) para o plano de saúde individual mais barato oferecido pelo empregador ao funcionário.

Abreviaturas

FEIN
Federal Employer Identification Number (Número de identificação federal do empregador)

D/B/A
Doing Business As, if applicable (razão social)

Informações do funcionário

Primeiro nome do funcionário
O funcionário ou o empregador deve escrever o primeiro nome do funcionário aqui.

Sobrenome do funcionário
O funcionário ou o empregador deve escrever o sobrenome do funcionário aqui.

Seguro social ou número de identificação tributária do funcionário
O funcionário ou o empregador deve escrever o seguro social ou número de identificação tributária do funcionário aqui.

Perguntas 1 e 1a (quadros para marcar)
O funcionário deve marcar sim ou não. Esta pergunta não pode ser deixada em branco nem pode ter marcas nas duas respostas. Se a resposta da pergunta 1 for sim, a pergunta 1a deve ser marcada sim ou não. Se a resposta da pergunta 1 for não, a pergunta 1a deve ser deixada em branco.

Perguntas 2 e 2a (quadros para marcar)
O funcionário deve marcar sim ou não. Esta pergunta não pode ser deixada em branco nem pode ter marcas nas duas respostas. Se a resposta da pergunta 2 for sim, a pergunta 2a deve ser marcada sim ou não. Se a resposta da pergunta 2 for não, a pergunta 2a deve ser deixada em branco.

Pergunta 3 (quadro para marcar)
O funcionário deve marcar sim ou não. Esta pergunta não pode ser deixada em branco nem pode ter marcas nas duas respostas.

Assinatura do funcionário
O funcionário deve assinar e datar o formulário de Informações sobre Responsabilidade de Seguro Saúde (HIRD – Health Insurance Responsibility Disclosure) do funcionário.

Nota ao empregador em relação à assinatura do funcionário
Se o funcionário se recusar a assinar e datar o formulário, a recusa deve ser anotada por escrito e assinada pelo representante autorizado da empresa (por exemplo, o proprietário, o supervisor ou gerente, o diretor-geral, etc.).

Versões alternativas deste formulário

Os empregadores podem recriar sua própria versão deste formulário de Informações sobre Responsabilidade de Seguro Saúde (HIRD – Health Insurance Responsibility Disclosure) do funcionário. Entretanto, todas as informações devem estar incluídas, com o mesmo texto e a mesma ordem, A seqüência e numeração das perguntas devem ser exatamente como aparecem na versão fornecida pelo Commonwealth of Massachusetts.