

Solicitud del Programa Premium Assistance



ESI-2

Con el fin de determinar su elegibilidad para recibir los beneficios de Programa Premium Assistance (Asistencia con el pago de primas) de MassHealth para usted y los miembros de su hogar, necesitamos más información de usted y de su empleador si tiene acceso a la cobertura de seguro de salud patrocinado por su empleador.

No se inscriba en ningún plan de seguro de salud por medio de su empleador hasta que hayamos revisado si el plan cumple con los requisitos del Programa Premium Assistance. Le enviaremos una carta para informarle si usted debe inscribirse en un plan si decidiéramos que el plan ofrecido por medio de su empleador cumple con los requisitos del programa.

INSTRUCCIONES

1. Complete la **Parte 1: Información sobre el afiliado** y firme al final de dicha sección.
2. Pídale a su empleador que complete la Parte 2: Información sobre el seguro de salud patrocinado por un empleador (*Employer-Sponsored Health Insurance Information*).
3. Envíe su formulario completado antes de la fecha límite indicada en su aviso. Incluya el Resumen de beneficios de su empleador si se lo hubieran entregado. Si su empleador no completa el formulario, usted aun así debe completar y enviar la Parte 1 antes de la fecha límite indicada en su aviso. Usted puede enviar su formulario por una de las siguientes maneras:

Por correo postal: MassHealth Premium Assistance Program, 519 Somerville Ave., #372, Somerville, MA 02143

Por fax: (617) 451-1332

PARTE 1: Información sobre el afiliado (Usted debe completar esta sección.)

1. Primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo

2. Fecha de nacimiento

3. Número de ID del afiliado de MassHealth

4. Teléfono

5. Correo electrónico

6. Domicilio

7. Ciudad

8. Estado

9. Zona Postal

10. ¿Está usted trabajando actualmente? Sí (Complete el resto del formulario.) No (Pase a la pregunta 11.)

10a. Si contestó "sí", nombre y dirección del empleador

Salario/propinas (antes de impuestos) \$ Semanal Cada 2 semanas Dos veces por mes Mensual Anual
(Reste cualquier deducción antes de impuestos, como primas de seguros de salud no tributables.)

Fecha en que comenzó a recibir este(as) salario/propinas Promedio de horas trabajadas cada SEMANA

¿Está usted empleado por temporada? Sí No Si contestó "sí", ¿cuántos meses trabaja cada año calendario?

Si usted tiene más empleos y necesita más espacio, adjunte otra hoja.

Ingreso anual: 1. ¿Cuál es su ingreso total previsto para el año calendario actual?

2. Si fuera diferente, ¿cuál es su ingreso total previsto para el próximo año calendario?

10b. ¿Están usted y/o los miembros de su familia inscritos en la cobertura de salud provista por este empleador? Sí No

Si contestó "sí", por favor brinde la siguiente información:

Nombre de la aseguradora Nombre del asegurado Número de póliza

Número del grupo Fecha de inicio del plan SSN del asegurado

Nombre, fecha de nacimiento y SSN de las personas cubiertas por esta póliza

Si usted respondió "sí" a la pregunta 10, firme y escriba la fecha en la pregunta 11, y entregue este formulario al empleador indicado en la Pregunta 10a para que complete la Parte 2: Información sobre el seguro de salud patrocinado por un empleador (*Employer-Sponsored Health Insurance Information*). Después de que el empleador complete la Parte 2, envíe este formulario a la dirección o al número de fax indicados en las instrucciones.

Si usted respondió "no" a la pregunta 10, firme y escriba la fecha en la pregunta 11, y envíe este formulario a la dirección o al número de fax indicados en las instrucciones.

11. FIRMA

Yo certifico bajo pena de perjurio que lo declarado en este formulario es correcto y está completo a mi leal saber y entender.

Firma del jefe del hogar o del representante autorizado Fecha

Nombre en imprenta

Si usted tiene preguntas sobre cómo obtener el seguro de salud por medio de un empleo, sobre el Programa Premium Assistance de MassHealth o sobre este formulario, llame a la Unidad de Premium Assistance de MassHealth al **(800) 862-4840**.

ESI-2

Si usted tiene preguntas acerca de su elegibilidad para recibir MassHealth o si tiene que informar sobre cambios en los datos de su solicitud (como un cambio de empleo), llame al Centro de servicio al cliente de MassHealth al **(800) 841-2900**; TTY: **(800) 497-4648** (para personas sordas, con dificultad auditiva o discapacidad del habla).

PART2: Employer-Sponsored Health Insurance Information (To be completed by your employer/Para ser completada por su empleador)

If you have questions about how to complete this form, please call (800) 862-4840. Did you file a completed employer Health Insurance Responsibility Disclosure form for your current plan year (a.k.a. rate year) through the DOR MassTaxConnect Web portal?
 Yes No. If no, you must complete this entire form. If yes, only complete questions 1 through 6 and question 9 below.

1. Member name	Date of birth	MassHealth Member ID#
----------------	---------------	-----------------------

2. Employer name

3. Employer FEIN/Tax ID number

4. Human Resources contact information

Name

Address

Contact phone Email (optional)

5. Do you offer health insurance to your employees? Yes No
 If **no**, sign below and return this form to the employee. If **yes**, you must complete all questions below.

6. Is this employee enrolled in health insurance? Yes No

If yes, what plan is the employee enrolled in?

If yes, what tier is the employee enrolled in?

Individual Employee plus child/children Employee plus 1 Family

If no, is this employee eligible to enroll in health insurance? Yes No Not until (date)

7. Please provide your open enrollment dates.

8. If the employee is currently offered insurance or will be offered insurance, please complete the chart below. A Summary of Benefits for each plan the employee has access to must be provided. In lieu of completing the chart below, a detailed rate sheet listing both the employer and pay-period employee contribution for every health plan you offer can be submitted. You will still need to confirm the pay period frequency. Please check below if you will be including this document in your submission.

Rate Sheet Included Summary of Benefits Included

Health Plan #1	Health Plan #2	Health Plan #3	Health Plan #4
Name of Plan			
Level of Coverage Offered			
<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Employee plus child/children <input type="checkbox"/> Employee plus one <input type="checkbox"/> Family	<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Employee plus child/children <input type="checkbox"/> Employee plus one <input type="checkbox"/> Family	<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Employee plus child/children <input type="checkbox"/> Employee plus one <input type="checkbox"/> Family	<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Employee plus child/children <input type="checkbox"/> Employee plus one <input type="checkbox"/> Family
Family Coverage Total Monthly Premium			
\$	\$	\$	\$

PART2: Employer-Sponsored Health Insurance Information continued.

Health Plan #1	Health Plan #2	Health Plan #3	Health Plan #4
Monthly Employee Contribution			
Individual \$	Individual \$	Individual \$	Individual \$
Employee plus child/ children \$	Employee plus child/ children \$	Employee plus child/ children \$	Employee plus child/ children \$
Employee plus one \$	Employee plus one \$	Employee plus one \$	Employee plus one \$
Family \$	Family \$	Family \$	Family \$
Monthly Employer Contribution Amount			
Individual \$	Individual \$	Individual \$	Individual \$
Employee plus child/ children \$	Employee plus child/ children \$	Employee plus child/ children \$	Employee plus child/ children \$
Employee plus one \$	Employee plus one \$	Employee plus one \$	Employee plus one \$
Family \$	Family \$	Family \$	Family \$
Open Enrollment Dates			
Plan Year Rate Effective Date			

9. EMPLOYER SIGNATURE

I certify under pains and penalty of perjury that what is stated on this form is correct and complete to the best of my knowledge.

Signature of person completing this form Date

Printed name