



Grupo Pequeño

# Solicitud de Contrato para el Plan Grupal

## La solicitud debe completarse de manera electrónica o con tinta azul o negra.

Los planes de seguro médico son proporcionados por Health Net Health Plan of Oregon, Inc. (Health Net). Los planes de seguro de vida y de muerte o pérdida de miembros por accidente están asegurados por Health Net Life Insurance Company. Los planes de seguro dental de PPO están asegurados por Health Net Health Plan of Oregon, Inc. y son administrados por Dental Benefit Providers, Inc. (DBP). Los planes de la vista están asegurados por Health Net Health Plan of Oregon, Inc. y cuentan con los servicios de Envolve Vision, Inc. Health Net Health Plan of Oregon, Inc., Health Net Life Insurance Company y Envolve Vision, Inc. son subsidiarias de Centene Corporation.

La presente es una solicitud de contrato para el plan grupal brindado por Health Net. Las disposiciones de dicho contrato se aplican a todos los empleados elegibles, según lo definido aquí, y a sus dependientes elegibles que quieran o soliciten cobertura a través de este documento. La siguiente información sobre los empleados o dependientes se presenta con el fin de que Health Net determine la elegibilidad de los empleados o los dependientes que quieren inscribirse.

## LE DAMOS LA BIENVENIDA A HEALTH NET

Siga estos simples pasos para completar el formulario:

1. Revise la información cuidadosamente y elija las opciones de planes adecuadas para su empresa.
2. Haga una copia de la solicitud completa a modo de registro. Si debe corregir algún dato, táchelo y coloque sus iniciales en cada corrección. No utilice un producto para borrar.
3. **Nota:** Health Net inscribe automáticamente al empleado y a los dependientes elegibles que optan por obtener la cobertura médica con la cobertura dental o de la vista, en caso de que el grupo de su empleador las ofrezca. Si un empleado quiere rechazar la cobertura dental o de la vista para un dependiente elegible, debe completar la sección **“Rechazo de cobertura”** de la **Solicitud de Inscripción y Cambio**.

**Cobertura médica de Health Net:** 1-888-802-7001

**Cobertura de seguro de vida de Health Net:** 1-800-865-6288

**Cobertura dental de Health Net:** 1-877-410-0176

**Cobertura de la vista de Health Net:** 1-866-392-6058

### SOLO PARA USO DEL EMPLEADOR:

#### Nueva empresa o grupo

Envíe toda la documentación completa a su agente de seguro o ejecutivo de cuentas designado.

**Importante: Si agrega cobertura dental o de la vista a su cobertura actual, complete las secciones 2, 3, 4, 5, 6, 8 y 10. Para hacer otros cambios en su cobertura actual, complete solo las secciones 2, 3, 4 y 8.**

## 1. Información del plan de salud

<b>COMMUNITYCARE 1T<sup>1</sup></b>	<b>PPO</b>		
<b>Platinum</b> <input type="checkbox"/> CC1T15-500-1-3000DX <input type="checkbox"/> CC1T20-750-2-3000DX	<b>Platinum</b> <input type="checkbox"/> P10-250-1-4000LX	<input type="checkbox"/> P10-500-2-4000LX	<input type="checkbox"/> P10-750-2-4000LX
<b>Gold</b> <input type="checkbox"/> CC1T25-1000-2-7900DX <input type="checkbox"/> CC1T25-2000-2-7900DX <input type="checkbox"/> CC1T25-3500-2-7900DX	<b>Gold</b> <input type="checkbox"/> P50-0-5-5000	<input type="checkbox"/> P20-500-3-7900DX	<input type="checkbox"/> P20-2500-3-7900DX
	<input type="checkbox"/> PO-1500-4-7900DX <input type="checkbox"/> PO-3500-4-7900DX	<input type="checkbox"/> P20-1000-2-7900DX <input type="checkbox"/> P20-2000-2-7900DX	<input type="checkbox"/> P30-1500-2-7900DX <input type="checkbox"/> P30-3500-3-7900DX
<b>Silver</b> <input type="checkbox"/> CC1T40-3000-3-8150ES <input type="checkbox"/> CC1T40-4500-3-8150ES	<b>Silver</b> <input type="checkbox"/> P20-5000-5-8150DX <input type="checkbox"/> P40-3000-3-8150ES	<input type="checkbox"/> P40-4000-3-8150ES <input type="checkbox"/> P45-3500-5-8150ES	<input type="checkbox"/> P45-5000-5-8150ES
	<b>Bronze</b> <input type="checkbox"/> P8250-0-8250ES		
<b>PLAN DE PPO DE DEDUCIBLE ALTO</b>	<b>PLAN CON COBERTURA INTEGRAL DE SALUD</b> <i>(solo disponible a través de planes de PPO de deducible alto)</i>		<b>PLAN DE PPO HEALTH NET OREGON STANDARD</b>
<b>Silver</b> <input type="checkbox"/> HD2800-2-5500ES <input type="checkbox"/> HD3000-3-6750ES <input type="checkbox"/> HD4000-3-6750ES	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Health Net Oregon Standard Gold Plan <input type="checkbox"/> Health Net Oregon Standard Silver Plan <input type="checkbox"/> Health Net Oregon Standard Bronze Plan
<b>Bronze</b> <input type="checkbox"/> HD6900-0-6900ES			

<b>PLAN DENTAL</b>	<b>PLAN DE LA VISTA</b>	<b>PLAN DE ATENCIÓN ALTERNATIVA CON OPCIÓN DE COMPRA</b>
<input type="checkbox"/> Plus D50-1855-1500 <input type="checkbox"/> Value D50-185-1500V <input type="checkbox"/> Preferred Plus DP50-1855-1500 <input type="checkbox"/> Essentials D50-16-500	<input type="checkbox"/> Elite 1010-1 <input type="checkbox"/> Preferred 1025-2 <input type="checkbox"/> Preferred 1025-3	<input type="checkbox"/> Alt Care Buy-Up 1 <input type="checkbox"/> Alt Care Buy-Up 2 <input type="checkbox"/> Alt Care Buy-Up 3 w/OON

**COBERTURA DENTAL PEDIÁTRICA**

¿Comprará cobertura dental pediátrica de Health Net?  Sí  No *(Confirmo que compraré cobertura dental pediátrica con otra aseguradora, según lo exige la Ley de Cuidado de Salud Asequible).*

**OPCIONES DE PLANES DE SEGURO DE VIDA Y DE MUERTE O PÉRDIDA DE MIEMBROS POR ACCIDENTE (SI ELIGE HEALTH NET LIFE, TODOS LOS EMPLEADOS DE TIEMPO COMPLETO SERÁN ELEGIBLES).**

\$15,000 *(todos los empleados)*     \$25,000 *(entre 15 y 50 empleados)*     \$50,000 *(entre 25 y 50 empleados)*

## 2. Información del grupo del empleador

Nombre de la compañía:	N.º de grupo:	Código SIC:
Nombre comercial:		
N.º de identificación fiscal:	Tipo de empresa:	
Tipo de entidad <i>(corporación, empresa individual, compañía de responsabilidad limitada, sociedad)</i> :	Tiempo en actividad:	Fecha de entrada en vigor:
Contacto de la compañía <i>(contacto administrativo)</i> :	Teléfono:	Fax:
Correo electrónico administrativo:		
Dirección física:	Ciudad:	Estado: Código postal:
Nombre del contacto de facturación <i>(escriba "igual" si es igual al contacto administrativo)</i> :	Teléfono:	
Dirección de facturación <i>(si es diferente de la dirección física)</i> :	Ciudad:	Estado: Código postal:
Correo electrónico del contacto de facturación <i>(si es diferente del correo electrónico administrativo)</i> :		
Contacto de la compañía para la coordinación de beneficios <i>(si es diferente del contacto de la compañía mencionado más arriba)</i> :	Teléfono:	Correo electrónico:
Dirección de la coordinación de beneficios <i>(si es diferente de la dirección física)</i> :	Ciudad:	Estado: Código postal:

**3. Aportes del empleador (Nota: Los aportes del empleador para la cobertura de seguro de salud son de un mínimo del 50% del valor del plan de costo más bajo y para la cobertura de los planes de seguro de vida son del 100% (para entre 2 y 9 personas inscritas) y del 50% (para entre 10 y 50 personas inscritas)).**

Cobertura de seguro de salud del empleado: _____ % o \$ _____	Cobertura dental del empleado: _____ % o \$ _____	Cobertura de la vista del empleado: _____ % o \$ _____	Cobertura de seguro de vida del empleado: _____ % o \$ _____
Cobertura de seguro de salud del dependiente: _____ % o \$ _____	Cobertura dental del dependiente: _____ % o \$ _____	Cobertura de la vista del dependiente: _____ % o \$ _____	

**Nota:** Si elige una cobertura dental o de la vista sin aportes, escriba "0".

**4. Tarifas mensuales (adjunte una copia de las tarifas contratadas)**

Las tarifas para grupos de empleadores pequeños de Oregon están garantizadas por 12 meses a partir de la fecha de entrada en vigor, a menos que hubiera cambios en los impuestos o en los beneficios exigidos por el Gobierno. Además, las tarifas se basan en la inscripción del presente grupo y pueden variar de las tarifas cotizadas si hubo algún cambio en la composición de este.

**5. Información sobre elegibilidad**

1. ¿Se aplicarán condiciones de elegibilidad antes del periodo de prueba (por ejemplo, estar en una categoría laboral elegible, reunir los requisitos de certificación relacionados con el puesto o cumplir con el período de orientación del empleo de manera razonable y de buena fe)?  Sí  No

2. Período de prueba establecido por el empleador para los empleados nuevos o recontratados: el primer día del mes luego de:  La fecha de contratación  Un mes  30 días  60 días\*

\* Health Net modificará la fecha de entrada en vigor de las nuevas personas inscritas, si fuera necesario, para garantizar que el período de espera no supere los 90 días.

3. ¿Quiere anular el período de prueba de todas las personas inscritas en la inscripción inicial?  Sí  No

4. Número promedio de horas trabajadas por semana necesarias para ser elegible para recibir cobertura de seguro médico: \_\_\_\_\_

5. ¿Cuántos empleados hay desde la fecha de entrada en vigor de la cobertura? \_\_\_\_\_  
Se considera "empleado" a cualquier persona para quien la compañía emite un Formulario W-2, incluidos los empleados de tiempo completo, de tiempo parcial y estacionales, independientemente de su elegibilidad para recibir cobertura de seguro<sup>2</sup>.

6. Número promedio de personas empleadas durante todo el año calendario anterior, independientemente de si eran elegibles para recibir cobertura o no: \_\_\_\_\_  
Para calcular el número promedio de empleados, determine el número de empleados de cada mes, súmelo para obtener el total anual y, luego, divídalo por 12. Redondee al número entero más cercano, por ejemplo:  $24.6 = 25$ . Escriba el número en cifras, es decir, ingrese "3", no "tres".

7. Número total de empleados en todo el mundo: \_\_\_\_\_  
Cuenta a todos los empleados en los Estados Unidos, independientemente de si son elegibles para recibir cobertura, incluidos los empleados de tiempo completo, de tiempo parcial, subcontratados, etc. No incluya a los empleados 1099 ni a los empleados estacionales.

	COBERTURA MÉDICA	COBERTURA DE SEGURO DE VIDA	COBERTURA DENTAL	COBERTURA DE LA VISTA
8. Número de empleados elegibles (incluidos los dueños elegibles): (Nota: la respuesta 8 debe ser igual que las respuestas 9 + 10 + 11).	_____	_____	_____	_____
9. Número de personas inscritas activas (excluidas las personas inscritas en la COBRA):	_____	_____	_____	_____
10. Número de personas inscritas en la COBRA (aquellas que solicitan cobertura de salud):	_____	N/A	_____	_____
11. Número de anulaciones (adjunte un Formulario de Inscripción con la sección 7, "Rechazo de cobertura", como se indica):	_____	_____	_____	_____

(continúa)

## Información sobre elegibilidad (continuación)

12. ¿Qué tipo de continuación de cobertura le corresponde?  COBRA federal<sup>3</sup>  
 Continuidad de la cobertura por el estado
13. Durante los últimos 12 meses, ¿el empleador celebró un contrato con Health Net?  Sí  No
14. ¿Las personas inscritas elegibles pueden considerarse “exclusiones”, ya sea por ubicación o pertenencia a un sindicato?  Sí  No
15. ¿El grupo presentó un *Formulario 132*?  Sí  No
16. ¿El grupo está sujeto a la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación para Empleados?  Sí, mes: \_\_\_\_\_  No  
(Nota: los gobiernos locales, estatales y federales, y los planes de la iglesia no están sujetos a los requisitos de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación para Empleados).
17. ¿Pertenece a un grupo controlado<sup>4</sup>?  Sí  No
18. Si la respuesta es afirmativa, ¿quién es el empleador por motivos relacionados con la declaración de impuestos?  
\_\_\_\_\_
19. ¿Cuántos empleados equivalentes a los empleados de tiempo completo estaban en el grupo durante el año calendario anterior?  
\_\_\_\_\_  
(Para determinar la elegibilidad, los empleadores deben tener un empleado en el momento de la inscripción).

## 6. Aseguradora actual (escriba el nombre de la aseguradora actual, si corresponde)

- En la actualidad, ¿su compañía tiene otro seguro de salud?  Sí  No
- En caso afirmativo, ¿cancelará la otra cobertura de seguro de salud si Health Net aprueba esta solicitud?  Sí  No
- Información de la aseguradora actual: \_\_\_\_\_ Número de póliza de la aseguradora actual: \_\_\_\_\_
- ¿Health Net será su única aseguradora?  Sí  No Si la respuesta es “no”, ingrese el nombre de la otra aseguradora:  
\_\_\_\_\_
- Planes ofrecidos: \_\_\_\_\_
- Nombre de la aseguradora a cargo de la indemnización por accidentes y enfermedades laborales:  
\_\_\_\_\_
- Número de empleados que no poseen cobertura de indemnización por accidentes y enfermedades laborales:  
\_\_\_\_\_
- Escriba los nombres de las personas inscritas que no poseen cobertura de indemnización por accidentes y enfermedades laborales:  
\_\_\_\_\_
- (En el caso de los empleadores que deben tener cobertura de indemnización por accidentes y enfermedades laborales, la póliza de dicha cobertura debe estar activa para ser elegibles para Health Net. La cobertura de 24 horas solo se brinda a los empleados por cuenta propia, socios y funcionarios corporativos del grupo del empleador que no están sujetos a recibir la cobertura de indemnización por accidentes y enfermedades laborales obligatoria).

## 7. Criterios de contratación

### Condiciones generales

El grupo suscriptor debe emplear, al menos, a un empleado elegible para poder inscribirse y debe ser un pequeño empleador de Oregon, tal como se define en las regulaciones federales o de Oregon. Las reglas de elegibilidad deben ser las mismas para la inscripción en planes médicos y dentales. Todos los empleados inscritos deben mantener una relación societaria, de contratistas independientes o de empleado y empleador, de buena fe, con el grupo suscriptor. Si el grupo suscriptor incluye a los empleados subcontratados y a los contratistas independientes en el plan de salud, dichos empleados deben estar cubiertos.

No es necesario que Health Net sea la única aseguradora siempre que se cumplan las pautas de participación. Los empleados elegibles que anulan la cobertura porque poseen cobertura grupal a través de otro empleador (por ejemplo, la cobertura del seguro del cónyuge) no cuentan para la participación.

La emisión de la cobertura y del contrato para el plan grupal está sujeta a la revisión y la aprobación de los riesgos por parte de Health Net, y a la recepción del pago de las primas del primer mes. Las tarifas cotizadas iniciales están sujetas a la revisión y evaluación de Health Net conforme a la presente inscripción, y a cualquier variación que hubiera en el grupo, según se determina en las presunciones contractuales.

La cobertura entrará en vigor en la fecha mencionada si Health Net acepta y aprueba la solicitud, y la considera apropiada, según los requisitos de tiempo especificados. La cobertura de un afiliado termina el último día del mes en que deja de ser elegible conforme a las disposiciones de elegibilidad del grupo. Habrá un período de inscripción abierta por año de contrato. Dicho periodo abarcará los 30 días previos a la fecha de entrada en vigor de la renovación.

## 8. Declaración del grupo suscriptor y otros términos importantes

Complete toda la información requerida antes de firmar esta solicitud. Escriba sus iniciales si hace algún cambio.

Esta es solo una solicitud. La cobertura y la emisión del contrato para el plan grupal están sujetas a la revisión y la aprobación de Health Net, y a la recepción del pago de las primas del primer mes.

La persona que suscribe reconoce que la información incluida en este documento constituye una declaración completa y verdadera ante Health Net. El contrato para el plan grupal se puede cancelar mediante un aviso previo con 30 días de anticipación si en el momento de la inscripción, o durante los 24 meses posteriores a la emisión del contrato, se determina que se realizaron declaraciones falsas de manera intencional sobre algún hecho relevante relacionado con este, según se prohíbe en los términos contractuales.

Cuando sea la fecha de aniversario de la póliza, la presentación del pago de la prima de renovación confirmará que se aceptó dicha renovación y la prima del año subsiguiente.

El solicitante, en caso de que se acepte esta solicitud, se compromete a realizar deducciones de la nómina de los empleados elegibles inscritos en este contrato para el plan grupal. Dichas deducciones estarán autorizadas y se realizarán en cuotas. Además, el solicitante acuerda enviarle dichos montos a Health Net antes de la fecha de vencimiento, así como también todos los informes necesarios para mantener los registros de membresía completos y exactos. Asimismo, acepta cumplir con las reglamentaciones correspondientes relacionadas con los requisitos de membresía, las adiciones al grupo o las eliminaciones de este. Envíe esta solicitud a su ejecutivo de cuentas o productor de Health Net, según lo especificado.

El solicitante, en caso de que se acepte esta solicitud, se compromete a cooperar con Health Net para cumplir con todos los requisitos de la sección 2715 de la Ley de Servicios de Salud Pública relacionados con la divulgación de información sobre los beneficios y resúmenes del plan a los beneficiarios y participantes del plan que sean elegibles y renueven su cobertura. El solicitante reconoce que recibió la información para obtener las Instrucciones para la Reproducción y Distribución del Resumen de Beneficios y Cobertura a Personas Elegibles y Cubiertas de Health Net a través de [www.healthnetoregon.com/sbc](http://www.healthnetoregon.com/sbc). Además, acepta asumir las responsabilidades asignadas al grupo mencionadas en dicho documento. El suscriptor reconoce por el presente la responsabilidad de enviar una copia impresa o en formato electrónico del *Resumen de Beneficios y Cobertura* a los participantes y beneficiarios del plan.

Los siguientes requisitos de aportes y de participación mínimos estándares son los que corresponden, a menos que se modifiquen durante la cotización o la renovación de las presunciones contractuales.

**Aporte mínimo:** Los aportes del empleador a las primas de Health Net deben igualar o superar al 50%.

**Participación mínima:** Para grupos de entre 1 y 5 empleados elegibles, se requiere una participación mínima del 66%.

Para grupos de entre 6 y 50 empleados elegibles, se requiere una participación mínima del 50%.

Si no se cumplen con los requisitos de aporte mínimo y de participación mínima, se puede cancelar el contrato o no renovarlo.

Esta solicitud de contrato para el plan grupal, cualquier anexo adjunto, el contrato del plan de Health Net o la póliza de seguro (como se hace referencia aquí), y los formularios de inscripción de los empleados constituyen el contrato entre las partes. A través de dicho contrato, los empleados y sus dependientes inscritos elegibles recibirán los beneficios de atención de salud especificados en el contrato del plan o en la póliza de seguro. El contrato puede modificarse, en cualquier momento, con el consentimiento por escrito del grupo suscriptor y de Health Net. Las modificaciones están sujetas a las reglamentaciones estatales y federales.

Firma del funcionario de la compañía:	Nombre en letra de imprenta del funcionario de la compañía:	Cargo del funcionario:	Fecha:
---------------------------------------	---	------------------------	--------

**La firma del solicitante confirma que a su leal saber y entender:**  
**1) el solicitante acepta todos los términos y condiciones de esta solicitud, incluidas las condiciones para la inscripción y las presunciones contractuales; y 2) asegura que la información incluida en esta solicitud es exacta y está completa.**

## 9. Información y certificación del productor

### PRODUCTOR N.º 1

Nombre del productor:		N.º de identificación del productor de Health Net:		
N.º de licencia del Departamento de Seguro:		N.º de identificación fiscal:	N.º de NPN del agente:	
Nombre de la agencia:	N.º de teléfono:		N.º de fax:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Correo electrónico:				
División de la comisión del productor:				

### PRODUCTOR N.º 2 (DATOS NECESARIOS SOLO EN CASO DE QUE LAS COMISIONES SE DIVIDAN)

Nombre del productor:		N.º de identificación del productor de Health Net:		
N.º de licencia del Departamento de Seguro:		N.º de identificación fiscal:	N.º de NPN del agente:	
Nombre de la agencia:	N.º de teléfono:		N.º de fax:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Correo electrónico:				
División de la comisión del productor:				

Certifico, a mi leal saber y entender, que toda la información incluida en esta solicitud es correcta. También certifico que esta empresa es un establecimiento comercial de buena fe o que de otro modo es elegible para celebrar contratos de cobertura de seguro en el estado de Oregon. Se han explicado todos los requisitos de participación, y se cumplieron todos los requisitos mínimos de participación. Se le explicaron las coberturas, las disposiciones de inscripción, los requisitos de elegibilidad, los beneficios, las limitaciones y las exclusiones al solicitante o al empleador y los comprendió completamente. También se le explicaron los deducibles, los copagos y el coseguro (*si los hubiere*) al empleador y los comprendió completamente. No estoy al tanto de ninguna razón por la cual la cobertura del plan tuviera que ser rechazada y recomiendo que dicha cobertura sea otorgada.

**Nota: Si en la actualidad no se encuentra designado por Health Net, no se le pagarán las comisiones. Para poder recibir el pago de las comisiones, debe presentar una confirmación de licencia activa y una designación formal de Health Net antes de la fecha de entrada en vigor del plan grupal.**

Firma del productor n.º 1: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del productor n.º 2 (*si corresponde*): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## 10. Para uso exclusivo de Health Net

Firma del ejecutivo de cuentas:	Nombre:	Fecha:
---------------------------------	---------	--------

## TIEMPOS DE PRESENTACIÓN DE SOLICITUDES PARA PEQUEÑAS EMPRESAS

Debemos recibir las solicitudes de grupos nuevos completas antes del **día 20 del mes** para poder establecer la cobertura grupal y que entre en vigor el primer día del mes siguiente.

### EMPLEADOS DE TIEMPO COMPLETO

El número total de empleados, de tiempo completo y tiempo parcial, que trabajan un promedio de 30 horas o más por semana.

Cuando cuente a los empleados para determinar el tamaño del grupo, no incluya a los empleados temporales, estacionales, subcontratados ni contratados.

Cuando se responden las preguntas sobre empleados, por lo general, no se considera a los dueños como empleados, incluso si el dueño brinda servicios en la empresa a cambio de un salario. Sin embargo, un dueño puede participar en un plan grupal siempre que el grupo tenga, al menos, un empleado. Se considera “dueño” a:

- **Un empresario por cuenta propia y su cónyuge.**
- **Un miembro de una compañía de responsabilidad limitada de carácter unipersonal y su cónyuge.**
- **El dueño de una corporación totalmente controlada y su cónyuge.**

#### Instrucciones para contar empleados de tiempo completo:

- A. Cuente a cada empleado que trabaje 30 horas o más como 1 solo empleado de tiempo completo.
- B. Sume la cantidad total de horas trabajadas por semana de todos los empleados que trabajan menos de 30 horas y divídala por 30.
- C. Sume los resultados de las instrucciones A y B. Este es el número total de empleados de tiempo completo.

También puede utilizar la calculadora de empleados de tiempo completo en

<https://www.healthcare.gov/shop-calculators-fte/>.

## EMPLEADOS ELEGIBLES PARA RECIBIR BENEFICIOS

El número total de empleados elegibles para recibir cobertura según lo determina el empleador.

**Dependientes:** Cónyuge, pareja doméstica e hijos (desde el nacimiento hasta los 26 años) del empleado, cónyuge o pareja doméstica.

### Empleados recientemente elegibles (el primer día del mes posterior a la fecha en que comenzaron a ser elegibles)

Empleado recientemente elegible:

- **Un empleado de tiempo parcial que estuvo trabajando durante el período de prueba y pasó a ser un empleado de tiempo completo regular.**
- **Una persona transferida que estuvo empleada durante el período de prueba.**
- **Un empleado despedido que fue recontratado dentro de los 9 meses.**
- **Otro (debe estar aprobado previamente en el contrato).**

**Dependientes recientemente elegibles:** Hijo/a: Desde la fecha de nacimiento o de la colocación para adopción. Cónyuge, pareja doméstica o hijastros/hijastras: El primer día del mes en curso o posterior a la fecha del matrimonio o del certificado de pareja doméstica.

<sup>1</sup> Disponible para grupos de empleadores ubicados en los condados de Multnomah, Clackamas, Washington, Clatsop, Columbia y Tillamook. Disponible para empleados en los condados de Multnomah, Clackamas, Washington, Clatsop, Columbia y Tillamook, y el condado de Clark (WA).

<sup>2</sup> Esta información solo tiene fines de clasificación y no se utiliza para determinar el tamaño del grupo. Cuando se calcula la cantidad de empleados de entidades corporativas vinculadas para saber el tamaño del grupo por cuestiones relacionadas con la tasa de pérdidas médicas, se tiene en cuenta si son entidades con un empleador único, según lo establecido en la sección 414 (subsecciones (b), (c), (m) u (o)) del Código de Impuestos Internos, y no los múltiples estados de identificación fiscal de dichas entidades.

<sup>3</sup> Nota: Por lo general, los empleadores que normalmente tuvieron 20 empleados o más durante el año calendario anterior están sujetos a la COBRA federal. Los empleadores que tuvieron entre 2 y 19 empleados durante al menos el 50% de los días hábiles del año calendario anterior están sujetos a la continuidad de la cobertura por el estado. Consulte a su asesor legal si necesita ayuda para determinar qué ley corresponde en su caso.

<sup>4</sup> Los grupos controlados y afiliados son aquellos que están comúnmente controlados o afiliados según lo descrito en las subsecciones (b), (c), (m) u (o) de la sección 414 del Código de Impuestos Internos de 1986. Si un grupo es un grupo controlado o afiliado de empleadores, la aseguradora debe tratar al grupo como si fuera uno solo, y el grupo controlado debe completar un único formulario de perfil de grupo. Los grupos controlados incluyen las empresas controlantes/subsidiarias, las sociedades vinculadas y la combinación de ambas.