

## Formulario de verificación de empleo

El individuo abajo mencionado ha solicitado un seguro de salud gratuito o a bajo costo a través de Washington Healthplanfinder. Necesitamos su ayuda para verificar el empleo y los ingresos del individuo. La información que proporcione se mantendrá confidencial y sólo se utilizará para determinar la elegibilidad para el seguro de salud.

### Información del empleado

Nombre	Inicial intermedia	Apellido	Número de Seguro Social (Opcional)
--------	--------------------	----------	------------------------------------

### Firma del empleado

Mi firma a continuación autoriza la divulgación y/o verificación de mi información laboral.

Firma del empleado <b>X</b>	Fecha de la firma (mm/dd/aaaa)
--------------------------------	--------------------------------

### Sección para el empleador

Por favor llene solamente la sección 1, 2 ó 3 dependiendo de la situación.

#### Sección 1: El individuo arriba mencionado actualmente se encuentra empleado.

Fecha de contratación (mm/dd/aaaa)	Puesto	Promedio de horas por semana
Sueldo/salario actual \$	Frecuencia de pago <input type="checkbox"/> Diaria <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Otra:	
Los ingresos brutos reales del mes y los ingresos brutos previstos para los próximos dos meses, incluyendo propinas, comisiones, bonos y tiempo extra.		
Mes presente: \$	Mes 2: \$	Mes 3: \$
Liste cualquier cambio esperado en los ingresos del empleado durante los próximos 12 meses.		Fecha de entrada en vigor (mm/dd/aaaa)

Si el trabajo del empleado es por temporada o esporádico, indique los períodos en que no trabaja.

¿Se ofreció a este empleado un seguro de salud que satisface los estándares mínimos esenciales de cobertura?

Sí  No

**Si respondió que sí, ¿cuál era la contribución esperada del empleado para la prima? \$**

¿El empleado rechazó el seguro patrocinado por el empleador?  Sí  No

#### Sección 2: El individuo arriba mencionado ya no es un empleado.

Último día de empleo (mm/dd/aaaa)	¿Por qué terminó este empleo? <input type="checkbox"/> Despido <input type="checkbox"/> Renuncia <input type="checkbox"/> El empleo era temporal o por temporada
¿Este individuo perdió su cobertura de seguro de salud como resultado de la pérdida del empleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si respondió que sí, ¿cuándo? (mm/dd/aaaa)

#### Sección 3: El individuo arriba mencionado se encuentra con permiso, como un permiso de ausencia o por maternidad

Fecha esperada de regreso (mm/dd/aaaa)	¿El empleado recibe remuneración durante su permiso? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si respondió que sí, ¿cuánto? \$
¿Este individuo tiene seguro de salud mientras está con permiso? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

**Firma del empleador**

Nombre del empleador	Nombre de la compañía				Número de teléfono del empleador
Dirección de la compañía	Dept./Suite.	Ciudad	Estado	Código postal	Condado
Comprendo que al firmar este formulario certifico que todas las declaraciones son verdaderas y correctas. Comprendo que esta información se conservará en estricto secreto.					
Firma del empleador <b>X</b>				Fecha de la firma (mm/dd/aaaa)	

**Envíe el formulario a:**

Washington Healthplanfinder  
PO Box 946  
Olympia, WA 98507

## Discrimination is Against the Law

The Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. The Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

El Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority también cumple con las leyes estatales aplicables y no discrimina con base en credo, género, expresión o identidad de género, orientación sexual, estado civil, religión, condición de veterano o militar honorablemente retirado, o el uso de un perro guía entrenado o animal de servicio por una persona con discapacidad.

The Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
  - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes capacitados.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con 1-855-923-4633.

Si cree que el Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority no ha proporcionado estos servicios, o ha discriminado de alguna otra manera, puede presentar una queja ante:

Washington Health Benefit Exchange Legal Department ATTN: Legal Division Equal Access/Equal Opportunity Coordinator PO Box 1757 Olympia, WA 98507-1757 1-855-859-2512 Fax: 360-841-7653 <a href="mailto:appeals@wahbexchange.org">appeals@wahbexchange.org</a>	Health Care Authority Division of Legal Services  ATTN: Compliance Officer  PO Box 42700 Olympia, WA 98504-2700 1-855-682-0787 Fax: 360-586-9551 <a href="mailto:compliance@hca.wa.gov">compliance@hca.wa.gov</a>
--	---

Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, Washington Health Benefit Exchange Legal Department/Health Care Authority Division of Legal Services está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

ATTENTION: If you speak [insert language], language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Spanish - ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Chinese - 注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604)。

Vietnamese - CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Korean - 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604)번으로 전화해 주십시오.

Russian - ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-923-4633 (телетайп: ТТТ: 1-855-627-9604).

Tagalog - PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Ukrainian - УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-855-923-4633 (телетайп: ТТТ: 1-855-627-9604).

Cambodian (Khmer) - ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរសំរាប់ជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អល , គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604)។

Japanese - 注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604) まで、お電話にてご連絡ください。

Amharic - ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-855-923-4633 (መስማት ለተሳናቸው: TTY: 1-855-627-9604)።

Oromo - XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Somali - MUHIIM AH: Haddii aad ku hadashid Af-soomaali, adeegaha caawimaada luuqada, ee lacag la'aanta ah, ayaad heli kartaa. Wac 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Arabic - ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-923-4633 (رقم هاتف الصم والبكم: TTY: 1-855-627-9604).

Punjabi - ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

German - ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Lao - ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອ ອັດຕະໂນພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ, ຈະມີ ພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

French - ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-923-4633 (TTY : 1-855-627-9604).

Hindi - ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604) पर कॉल करें।

Farsi (Persian) - توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-855-923-4633 تماس بگیرید.

Romanian - ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).