



Health Insurance Marketplace Coverage Options and Your Health Coverage

Form Approved
OMB No. 1210-0149
(expires 12-31-2026)

PART A: General Information

Even if you are offered health coverage through your employment, you may have other coverage options through the Health Insurance Marketplace ("Marketplace"). To assist you as you evaluate options for you and your family, this notice provides some basic information about the Health Insurance Marketplace and health coverage offered through your employment.

What is the Health Insurance Marketplace?

The Marketplace is designed to help you find health insurance that meets your needs and fits your budget. The Marketplace offers "one-stop shopping" to find and compare private health insurance options in your geographic area.

Can I Save Money on my Health Insurance Premiums in the Marketplace?

You may qualify to save money and lower your monthly premium and other out-of-pocket costs, but only if your employer does not offer coverage, or offers coverage that is not considered affordable for you and doesn't meet certain minimum value standards (discussed below). The savings that you're eligible for depends on your household income. You may also be eligible for a tax credit that lowers your costs.

Does Employment-Based Health Coverage Affect Eligibility for Premium Savings through the Marketplace?

Yes. If you have an offer of health coverage from your employer that is considered affordable for you and meets certain minimum value standards, you will not be eligible for a tax credit, or advance payment of the tax credit, for your Marketplace coverage and may wish to enroll in your employment-based health plan. However, you may be eligible for a tax credit, and advance payments of the credit that lowers your monthly premium, or a reduction in certain cost-sharing, if your employer does not offer coverage to you at all or does not offer coverage that is considered affordable for you or meet minimum value standards. If your share of the premium cost of all plans offered to you through your employment is more than 9.12%¹ of your annual household income, or if the coverage through your employment does not meet the "minimum value" standard set by the Affordable Care Act, you may be eligible for a tax credit, and advance payment of the credit, if you do not enroll in the employment-based health coverage. For family members of the employee, coverage is considered affordable if the employee's cost of premiums for the lowest-cost plan that would cover all family members does not exceed 9.12% of the employee's household income.^{1,2}

Note: If you purchase a health plan through the Marketplace instead of accepting health coverage offered through your employment, then you may lose access to whatever the employer contributes to the employment-based coverage. Also, this employer contribution -as well as your employee contribution to employment-based coverage- is generally excluded from income for federal and state income tax purposes. Your payments for coverage through the Marketplace are made on an after-tax basis. In addition, note that if the health coverage offered through your employment does not meet the affordability or minimum value standards, but you accept that coverage anyway, you will not be eligible for a tax credit. You should consider all of these factors in determining whether to purchase a health plan through the Marketplace.

¹ Indexed annually; see <https://www.irs.gov/pub/irs-drop/rp-22-34.pdf> for 2023.

² An employer-sponsored or other employment-based health plan meets the "minimum value standard" if the plan's share of the total allowed benefit costs covered by the plan is no less than 60 percent of such costs. For purposes of eligibility for the premium tax credit, to meet the "minimum value standard," the health plan must also provide substantial coverage of both inpatient hospital services and physician services.

When Can I Enroll in Health Insurance Coverage through the Marketplace?

You can enroll in a Marketplace health insurance plan during the annual Marketplace Open Enrollment Period. Open Enrollment varies by state but generally starts November 1 and continues through at least December 15.

Outside the annual Open Enrollment Period, you can sign up for health insurance if you qualify for a Special Enrollment Period. In general, you qualify for a Special Enrollment Period if you've had certain qualifying life events, such as getting married, having a baby, adopting a child, or losing eligibility for other health coverage. Depending on your Special Enrollment Period type, you may have 60 days before or 60 days following the qualifying life event to enroll in a Marketplace plan.

There is also a Marketplace Special Enrollment Period for individuals and their families who lose eligibility for Medicaid or Children's Health Insurance Program (CHIP) coverage on or after March 31, 2023, through July 31, 2024. Since the onset of the nationwide COVID-19 public health emergency, state Medicaid and CHIP agencies generally have not terminated the enrollment of any Medicaid or CHIP beneficiary who was enrolled on or after March 18, 2020, through March 31, 2023. As state Medicaid and CHIP agencies resume regular eligibility and enrollment practices, many individuals may no longer be eligible for Medicaid or CHIP coverage starting as early as March 31, 2023. The U.S. Department of Health and Human Services is offering a temporary Marketplace Special Enrollment period to allow these individuals to enroll in Marketplace coverage.

Marketplace-eligible individuals who live in states served by HealthCare.gov and either- submit a new application or update an existing application on HealthCare.gov between March 31, 2023 and July 31, 2024, and attest to a termination date of Medicaid or CHIP coverage within the same time period, are eligible for a 60-day Special Enrollment Period. **That means that if you lose Medicaid or CHIP coverage between March 31, 2023, and July 31, 2024, you may be able to enroll in Marketplace coverage within 60 days of when you lost Medicaid or CHIP coverage.** In addition, if you or your family members are enrolled in Medicaid or CHIP coverage, it is important to make sure that your contact information is up to date to make sure you get any information about changes to your eligibility. To learn more, visit HealthCare.gov or call the Marketplace Call Center at 1-800-318-2596. TTY users can call 1-855-889-4325.

What about Alternatives to Marketplace Health Insurance Coverage?

If you or your family are eligible for coverage in an employment-based health plan (such as an employer-sponsored health plan), you or your family may also be eligible for a Special Enrollment Period to enroll in that health plan in certain circumstances, including if you or your dependents were enrolled in Medicaid or CHIP coverage and lost that coverage. Generally, you have 60 days after the loss of Medicaid or CHIP coverage to enroll in an employment-based health plan, but if you and your family lost eligibility for Medicaid or CHIP coverage between March 31, 2023 and July 10, 2023, you can request this special enrollment in the employment-based health plan through September 8, 2023. Confirm the deadline with your employer or your employment-based health plan.

Alternatively, you can enroll in Medicaid or CHIP coverage at any time by filling out an application through the Marketplace or applying directly through your state Medicaid agency. Visit <https://www.healthcare.gov/medicaid-chip/getting-medicaid-chip/> for more details.

How Can I Get More Information?

For more information about your coverage offered through your employment, please check your health plan's summary plan description or contact

The Marketplace can help you evaluate your coverage options, including your eligibility for coverage through the Marketplace and its cost. Please visit [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) for more information, including an online application for health insurance coverage and contact information for a Health Insurance Marketplace in your area.

PART B: Information About Health Coverage Offered by Your Employer

This section contains information about any health coverage offered by your employer. If you decide to complete an application for coverage in the Marketplace, you will be asked to provide this information. This information is numbered to correspond to the Marketplace application.

3. Employer name		4. Employer Identification Number (EIN)	
5. Employer address		6. Employer phone number	
7. City	8. State	9. ZIP code	
10. Who can we contact about employee health coverage at this job?			
11. Phone number (if different from above)		12. Email address	

Here is some basic information about health coverage offered by this employer:

- As your employer, we offer a health plan to:

☐ All employees. Eligible employees are:

☐ Some employees. Eligible employees are:

- With respect to dependents:

☐ We do offer coverage. Eligible dependents are:

☐ We do not offer coverage.

☐ If checked, this coverage meets the minimum value standard, and the cost of this coverage to you is intended to be affordable, based on employee wages.

****** Even if your employer intends your coverage to be affordable, you may still be eligible for a premium discount through the Marketplace. The Marketplace will use your household income, along with other factors, to determine whether you may be eligible for a premium discount. If, for example, your wages vary from week to week (perhaps you are an hourly employee or you work on a commission basis), if you are newly employed mid-year, or if you have other income losses, you may still qualify for a premium discount.

If you decide to shop for coverage in the Marketplace, [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) will guide you through the process. Here's the employer information you'll enter when you visit [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) to find out if you can get a tax credit to lower your monthly premiums.

The information below corresponds to the Marketplace Employer Coverage Tool. Completing this section is optional for employers, but will help ensure employees understand their coverage choices.

13. Is the employee currently eligible for coverage offered by this employer, or will the employee be eligible in the next 3 months?

☐ **Yes** (Continue)

13a. If the employee is not eligible today, including as a result of a waiting or probationary period, when is the employee eligible for coverage? _____ (mm/dd/yyyy) (Continue)

☐ **No** (STOP and return this form to employee)

14. Does the employer offer a health plan that meets the minimum value standard*?

☐ Yes (Go to question 15) ☐ No (STOP and return form to employee)

15. For the lowest-cost plan that meets the minimum value standard* offered only to the employee (don't include family plans): If the employer has wellness programs, provide the premium that the employee would pay if he/ she received the maximum discount for any tobacco cessation programs, and didn't receive any other discounts based on wellness programs.

a. How much would the employee have to pay in premiums for this plan? \$ _____

b. How often? ☐ Weekly ☐ Every 2 weeks ☐ Twice a month ☐ Monthly ☐ Quarterly ☐ Yearly

If the plan year will end soon and you know that the health plans offered will change, go to question 16. If you don't know, STOP and return form to employee.

16. What change will the employer make for the new plan year? _____

☐ Employer won't offer health coverage

☐ Employer will start offering health coverage to employees or change the premium for the lowest-cost plan available only to the employee that meets the minimum value standard.* (Premium should reflect the discount for wellness programs. See question 15.)

a. How much would the employee have to pay in premiums for this plan? \$ _____

b. How often? ☐ Weekly ☐ Every 2 weeks ☐ Twice a month ☐ Monthly ☐ Quarterly ☐ Yearly

• An employer-sponsored health plan meets the "minimum value standard" if the plan's share of the total allowed benefit costs covered by the plan is no less than 60 percent of such costs (Section 36B(c)(2)(C)(ii) of the Internal Revenue Code of 1986)



Cobertura del Mercado de Seguros Médicos Opciones y su cobertura de salud

Formulario aprobado
OMB n.º 1210-0149
(vence el 31 de diciembre de 2026)

PARTE A: Información general

Incluso si le ofrecen cobertura de salud a través de su empleo, es posible que tenga otras opciones de cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos ("Mercado"). Para ayudarlo a evaluar las opciones para usted y su familia, este aviso proporciona cierta información básica sobre el Mercado de Seguros Médicos y la cobertura de salud ofrecida a través de su empleo.

¿Qué es el Mercado de Seguros Médicos?

El Mercado está diseñado para ayudarlo a encontrar un seguro médico que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El Mercado ofrece un "punto único de compra" para encontrar y comparar opciones de seguros médicos privados en su área geográfica.

¿Puedo ahorrar dinero en las primas de mi seguro médico en el Mercado?

Es posible que califique para ahorrar dinero y reducir su prima mensual y otros costos de bolsillo, pero solo si su empleador no ofrece cobertura o si ofrece cobertura que no se considera asequible para usted y no cumple con ciertas normas de valor mínimo (que se analizan a continuación). Los ahorros para los que es elegible dependen de los ingresos de su hogar. También puede ser elegible para un crédito fiscal que reduzca sus costos.

¿La cobertura de salud basada en el empleo afecta la elegibilidad para recibir ahorros en primas a través del Mercado?

Sí. Si tiene una oferta de cobertura de salud de su empleador que se considera asequible para usted y cumple con ciertas normas de valor mínimo, no será elegible para un crédito fiscal o pago por adelantado del crédito fiscal para su cobertura del Mercado y es posible que desee inscribirse en su plan de salud basado en el empleo. Sin embargo, usted puede ser elegible para un crédito fiscal y pagos por adelantado del crédito, que reducen su prima mensual, o una reducción en ciertos costos compartidos, si su empleador no le ofrece cobertura alguna o no le ofrece cobertura que se considera asequible para usted o cumple con las normas de valor mínimo. Si su participación del costo de la prima de todos los planes que se le ofrecen a través de su empleo es más del 9.12 %¹ de su ingreso familiar anual, o si la cobertura a través de su empleo no cumple con la norma de "valor mínimo" establecida por la Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio, puede ser elegible para un crédito fiscal y el pago por adelantado del crédito, si no se inscribe en la cobertura de salud basada en el empleo. Para los miembros de la familia del empleado, la cobertura se considera asequible si el costo de las primas del plan de menor costo que cubriría a todos los miembros de la familia no excede el 9.12 % de los ingresos del hogar del empleado.¹²

Nota: si compra un plan de salud a través del Mercado, en lugar de aceptar la cobertura de salud ofrecida a través de su empleo, entonces puede perder el acceso a todo lo que el empleador contribuya a la cobertura basada en el empleo. Además, esta contribución del empleador, así como la contribución de su empleado a la cobertura basada en el empleo, generalmente se excluye de los ingresos para efectos del impuesto sobre la renta federal y estatal. Sus pagos de cobertura a través del Mercado se realizan después de impuestos. Además, tenga en cuenta que, si la cobertura de salud ofrecida a través de su empleo no cumple con las normas de asequibilidad o valor mínimo, pero acepta esa cobertura de todos modos, no será elegible para un crédito fiscal. Debe considerar todos estos factores al determinar si debe comprar un plan de salud a través del Mercado.

¹ Indexado anualmente; consulte <https://www.irs.gov/pub/irs-drop/rp-22-34.pdf> para 2023.

² Un plan de salud patrocinado por el empleador o basado en el empleo cumple con la "norma de valor mínimo" si la participación del plan en los costos totales de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costos. A los efectos de la elegibilidad para el crédito fiscal para la prima, para cumplir con la "norma de valor mínimo", el plan de salud también debe proporcionar una cobertura sustancial tanto de los servicios hospitalarios como de los servicios médicos para pacientes hospitalizados.

¿Cuándo puedo inscribirme en una cobertura de seguro médico a través del Mercado?

Puede inscribirse en un plan de seguro médico del Mercado durante el Período de Inscripción Abierta anual del Mercado. La Inscripción Abierta varía según el estado, pero generalmente comienza el 1 de noviembre y continúa al menos hasta el 15 de diciembre.

Fuera del Período de Inscripción Abierta anual, puede inscribirse en un seguro médico si califica para un Período de Inscripción Especial. En general, usted califica para un Período de Inscripción Especial si ha tenido ciertos eventos de vida calificativos, como casarse, tener un bebé, adoptar un niño o perder la elegibilidad para otra cobertura de salud. Dependiendo de su tipo de Período de Inscripción Especial, es posible que tenga 60 días antes o 60 días después del evento de vida calificativo para inscribirse en un plan del Mercado.

También existe un Período de Inscripción Especial del Mercado para personas y sus familias que pierden la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés) a partir del 31 de marzo de 2023 hasta el 31 de julio de 2024. Desde el inicio de la emergencia de salud pública del COVID-19 a nivel nacional, las agencias estatales de Medicaid y CHIP generalmente no han cancelado la inscripción de ningún beneficiario de Medicaid o CHIP que estuviera inscrito a partir del 18 de marzo de 2020 hasta el 31 de marzo de 2023. A medida que las agencias estatales de Medicaid y CHIP reanuden las prácticas habituales de elegibilidad e inscripción, es posible que muchas personas ya no sean elegibles para la cobertura de Medicaid o CHIP a partir del 31 de marzo de 2023. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. **ofrece un período temporal de Inscripción Especial en el Mercado para permitir que estas personas se inscriban en la cobertura del Mercado.**

Las personas elegibles para el Mercado que viven en estados atendidos por HealthCare.gov y que envían una nueva solicitud o actualizan una solicitud existente en HealthCare.gov entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024, y dan fe de una fecha de terminación de la cobertura de Medicaid o CHIP dentro del mismo período, son elegibles para un Período de Inscripción Especial de 60 días. **Eso significa que, si pierde la cobertura de Medicaid o CHIP entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024, es posible que pueda inscribirse en la cobertura del Mercado dentro de los 60 días posteriores a la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP.** Además, si usted o los miembros de su familia están inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP, es importante asegurarse de que su información de contacto esté actualizada para asegurarse de recibir cualquier información sobre los cambios en su elegibilidad. Para obtener más información, visite HealthCare.gov o llame al Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-889-4325.

¿Qué pasa con las alternativas a la cobertura de seguro médico del Mercado?

Si usted o su familia son elegibles para la cobertura de un plan de salud basado en el empleo (como un plan de salud patrocinado por el empleador), usted o su familia también pueden ser elegibles para un Período de Inscripción Especial para inscribirse en ese plan de salud en ciertas circunstancias, incluso si usted o las personas a su cargo estaban inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP y perdieron esa cobertura. Generalmente, tiene 60 días después de la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP para inscribirse en un plan de salud basado en el empleo, pero si usted y su familia perdieron la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o CHIP entre el 31 de marzo de 2023 y el 10 de julio de 2023, puede solicitar esta inscripción especial en el plan de salud basado en el empleo hasta el 8 de septiembre de 2023. Confirme la fecha límite con su empleador o con su plan de salud basado en el empleo.

Alternativamente, puede inscribirse en la cobertura de Medicaid o CHIP en cualquier momento completando una solicitud a través del Mercado o solicitando directamente a través de su agencia estatal de Medicaid. Visite <https://www.healthcare.gov/medicaid-chip/getting-medicaid-chip/> para obtener más detalles.

¿Cómo puedo obtener más información?

Para obtener más información sobre la cobertura que ofrece a través de su empleo, consulte el Resumen de la descripción del plan de salud o comuníquese con

_____.

El Mercado puede ayudarlo a evaluar sus opciones de cobertura, incluida su elegibilidad para cobertura a través del Mercado y su costo. Visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) para obtener más información, incluida una solicitud en línea para cobertura de seguro médico e información de contacto de un Mercado de Seguros Médicos en su área.

PARTE B: Información sobre la cobertura de salud ofrecida por su empleador

Esta sección contiene información sobre cualquier cobertura de salud ofrecida por su empleador. Si decide completar una solicitud de cobertura en el Mercado, se le pedirá que proporcione esta información. Esta información está numerada según la solicitud del Mercado.

3. Nombre del empleador Jordan School District		4. Número de identificación patronal (EIN) 876000497	
5. Dirección del empleador 7387 South Campus View Drive		6. Número de teléfono del empleador 801-567-8285	
7. Ciudad West Jordan	8. Estado UT	9. Código postal 84084	
10. ¿A quién podemos contactar sobre la cobertura de salud de los empleados en este trabajo? Bonnie Brennan			
11. Número de teléfono (si es diferente al anterior)		12. Dirección de correo electrónico Bonnie.brennan@jordandistrict.org	

A continuación, se ofrece información básica sobre la cobertura de salud que ofrece este empleador:

- Como su empleador, ofrecemos un plan de salud para:

☐ Todos los empleados. Los empleados elegibles son:

☒ Algunos empleados. Los empleados elegibles son:

1. Licenciado que trabaja 20 horas o más a la semana. Empleado clasificado trabajando 30 o más horas por semana de forma permanente para el Distrito Escolar de Jordan; o

2. Es un jubilado como se indica en el Manual de Políticas del Distrito Escolar de Jordan, DP 319 y DP 373.

- Respecto a los dependientes:

☐ Ofrecemos cobertura. Los dependientes elegibles son:

Cónyuge legal por matrimonio e hijos legales a cargo (esto incluye a los hijos adoptivos e hijastros matrimoniales).

☐ No ofrecemos cobertura.

☒ Si se marca, esta cobertura cumple con la norma de valor mínimo y el costo de esta cobertura para usted debe ser asequible, según los salarios de los empleados.

** Incluso si su empleador tiene la intención de que su cobertura sea asequible, aún puede ser elegible para un descuento en la prima a través del Mercado. El Mercado utilizará los ingresos de su hogar, junto con otros factores, para determinar si puede ser elegible para un descuento en la prima. Si, por ejemplo, sus salarios varían de una semana a otra (quizás es un empleado por horas o trabaja por comisión), si es nuevo empleado a mitad de año o si tiene otras pérdidas de ingresos, aún puede calificar para un descuento en la prima.

Si decide buscar cobertura en el Mercado, [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) lo guiará a través del proceso. Aquí está la información del empleador que ingresará cuando visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) para averiguar si puede obtener un crédito fiscal para reducir sus primas mensuales.

La siguiente información corresponde a la Herramienta de Cobertura del Empleador del Mercado. Completar esta sección es opcional para los empleadores, pero ayudará a garantizar que los empleados comprendan sus opciones de cobertura.

13. ¿El empleado es actualmente elegible para la cobertura ofrecida por este empleador o será elegible en los próximos 3 meses?

☐ Sí (Continuar)

13a. Si el empleado no es elegible hoy, incluso como resultado de un período de espera o de prueba, ¿cuándo es elegible el empleado para la cobertura? _____ (mm/dd/aaaa) (Continuar)

☐ No (DETÉNGASE y devuelva este formulario al empleado)

14. ¿Ofrece el empleador un plan de salud que cumpla con la norma de valor mínimo*?

☐ Sí (Pase a la pregunta 15) ☐ No (DETÉNGASE y devuelva el formulario al empleado)

15. Para el plan de menor costo que cumple con la norma de valor mínimo* **ofrecido solamente al empleado** (no incluye planes familiares): Si el empleador tiene programas de bienestar, proporcione la prima que el empleado pagaría si recibiera el descuento máximo por cualquier programa para dejar de fumar y no recibiera ningún otro descuento basado en programas de bienestar.

a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado en primas por este plan? \$ _____

b. ¿Con qué frecuencia? ☐ Semanalmente ☐ Cada 2 semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Mensualmente

☐ trimestralmente ☐ Anualmente

Si el año del plan termina pronto y sabe que los planes de salud ofrecidos cambiarán, pase a la pregunta 16. Si no lo sabe, DETÉNGASE y devuelva el formulario al empleado.

16. ¿Qué cambio hará el empleador para el nuevo año del plan? _____

☐ El empleador no ofrecerá cobertura de salud

☐ El empleador comenzará a ofrecer cobertura de salud a los empleados o cambiará la prima por el plan de menor costo disponible solo para el empleado que cumpla con la norma de valor mínimo.* (La prima debe reflejar el descuento para los programas de bienestar. Consulte la pregunta 15.)

a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado en primas por este plan? \$ _____

b. ¿Con qué frecuencia? ☐ Semanalmente ☐ Cada 2 semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Mensualmente

☐ Trimestralmente ☐ Anualmente

• Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con la “norma de valor mínimo” si la participación del plan de los costos totales de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costos [Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código de Impuestos Internos de 1986]