

## SOLICITUD DE INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEO

### ¿CUÁL ES EL PROPÓSITO DE ESTE FORMULARIO?

Para solicitar Medicare en un Período de Inscripción Especial, debe tener o haber tenido cobertura del plan de salud grupal en los últimos 8 meses a través de su empleo actual o el de su cónyuge. Las personas con discapacidad deben tener la cobertura del plan de salud grupal grande sobre la base de su empleo actual o el de su cónyuge o de un miembro de la familia.

Este formulario se utiliza para la prueba de la cobertura de salud grupal por su empleo actual. Esta información es necesaria para procesar su solicitud de inscripción en Medicare.

El empleador que proporciona la cobertura del plan de salud de grupo completa la información sobre su cobertura de cuidado de la salud y las fechas de empleo.

### ¿CÓMO SE COMPLETA EL FORMULARIO?

- Complete la primera sección del formulario para que el empleador pueda encontrar y completar la información sobre su cobertura y el empleo de la persona a través del cual usted tiene la cobertura de salud.
- El empleador llena la información de la segunda sección y firma en la parte inferior.

### ¿QUÉ HAGO CON EL FORMULARIO?

Llene la Sección A y lleve el formulario a su empleador. Pídale a su empleador que llene la Sección B. Usted necesita obtener el formulario de su empleador completado e incluirlo en su solicitud de inscripción para Medicare (CMS-40B). Luego envíe los dos formularios a su oficina local del Seguro Social. Encuentre su oficina local aquí: [www.ssa.gov](http://www.ssa.gov).

### ¿CÓMO PUEDO OBTENER AYUDA CON ESTE FORMULARIO

- **Teléfono:** Llame al Seguro Social al **1-800-772-1213**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-325-0778**.
- **En español:** Llame a SSA gratis al **1-800-772-1213** y oprima el 2 si desea el servicio en español y espere a que le atienda un agente.
- **En persona:** Su oficina local del Seguro Social. Para localizar una oficina cerca de usted verifique en [www.ssa.gov](http://www.ssa.gov).

## SOLICITUD DE INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEO

### SECCIÓN A: Debe completarla la persona que se inscribe a Medicare Parte B (Seguro Médico)

|                            |  |  |                 |
|----------------------------|--|--|-----------------|
| 1. Nombre del Empleador    |  | 2. Fecha                                   |                 |
|                            |  | [ ][ ] / [ ][ ] / [ ][ ][ ][ ]             |                 |
| 3. Dirección del Empleador |  |  |                 |
| Ciudad                     |  | Estado                                     | Código Postal   |
|                            |  | [ ][ ]                                     | [ ][ ][ ][ ][ ] |
| 4. Nombre del Solicitante  |  | 5. Número de Seguro Social del Solicitante |                 |
|                            |  | [ ][ ][ ] - [ ][ ] - [ ][ ][ ][ ][ ]       |                 |
| 6. Nombre del Empleado     |  | 7. Número de Seguro Social del Empleado    |                 |
|                            |  | [ ][ ][ ] - [ ][ ] - [ ][ ][ ][ ][ ]       |                 |

### SECCIÓN B: Para ser completada por los empleadores

#### Para los Planes de Salud Grupales del Empleador ÚNICAMENTE:

1. ¿El solicitante está (o estaba) cubierto bajo el plan de salud grupal del empleador?  Sí  No

2. Si sí, proporcione la fecha del inicio de la cobertura del solicitante. (mm/aaaa)

[ ][ ] / [ ][ ][ ][ ]

3. ¿Ha terminado la cobertura?  Sí  No

4. Si sí, proporcione la fecha en que terminó la cobertura. (mm/aaaa)

[ ][ ] / [ ][ ][ ][ ]

5. ¿Cuándo trabajó el empleado para su compañía?

|                       |                       |                             |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------------|
| Desde: (mm/aaaa)      | Hasta: (mm/aaaa)      | Todavía empleado: (mm/aaaa) |
| [ ][ ] / [ ][ ][ ][ ] | [ ][ ] / [ ][ ][ ][ ] | [ ][ ] / [ ][ ][ ][ ]       |

6. Si usted tiene un plan de salud grupal grande y el solicitante está discapacitado, por favor indique el período de tiempo (cada mes) en el que su plan de salud grupal fue el pagador principal.

|                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|
| Desde: (mm/aaaa)      | Hasta: (mm/aaaa)      |
| [ ][ ] / [ ][ ][ ][ ] | [ ][ ] / [ ][ ][ ][ ] |

#### Para arreglos de Banco de Horas ÚNICAMENTE:

1. ¿Está (o estaba) el solicitante cubierto bajo un Arreglo de Banco de Horas?  Sí  No

2. Si sí, ¿tiene el solicitante horas que le queden en reserva?  Sí  No

3. ¿Cuándo las horas de reserva terminaron o se usarán? (mm/aaaa)

[ ][ ] / [ ][ ][ ][ ]

#### Firma del Funcionario de la Compañía:

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| Firma del Funcionario de la Compañía  | Fecha de la firma                      |
|                                       | [ ][ ] / [ ][ ] / [ ][ ][ ][ ]         |
| Puesto del Funcionario de la Compañía | Número de teléfono                     |
|                                       | ( [ ][ ][ ] ) [ ][ ][ ] - [ ][ ][ ][ ] |

De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una solicitud de información a menos que muestre un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta información es 0938-0787. El tiempo necesario para completar esta recopilación de información se estima en un promedio de 15 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, reunir los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la precisión de la estimación de tiempo (s) o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, MD 21244 -1850.

## INSTRUCCIONES PASO A PASO PARA ESTE FORMULARIO

### SECCIÓN A:

**La persona que solicita Medicare completa toda la Sección A.**

1. **Nombre del empleador:** Escriba el nombre de su empleador.
2. **Fecha:** Escriba la fecha en que usted está llenando el formulario de Solicitud de Información sobre el Empleo.
3. **Dirección del empleador:** Escriba la dirección de su empleador.
4. **Nombre del solicitante:** Escriba su nombre aquí.
5. **Número de Seguro Social del solicitante:** Escriba su número de Seguro Social aquí.
6. **Nombre del empleado:** Si usted recibe cobertura del plan de salud de grupo basado en su empleo, escriba su nombre aquí. Si usted recibe cobertura del plan de salud grupal a través de otra persona, como un cónyuge o miembro de la familia, escriba su nombre.
7. **Número de Seguro Social del empleado:** Si usted recibe cobertura del plan de salud grupal en base a su empleo, escriba su número de Seguro Social aquí. Si usted recibe cobertura del plan de salud grupal a través de otra persona, como un cónyuge o miembro de la familia, escriba su número de Seguro Social.

**Una vez que complete la Sección A:** Una vez que la sección A se ha completado, entregue este formulario a su empleador para que complete la Sección B. Una vez que la Sección B ha sido completada por su empleador, regrese este formulario junto con la Parte B de la solicitud a su oficina local del Seguro Social.

### SECCIÓN B:

**El empleador completa toda la Sección B.**

**Si usted es un empleador sin un acuerdo de banco de horas, complete la sección llamada "Para Planes de Salud Grupales del Empleador ÚNICAMENTE"**

1. **¿Está (o estaba) el solicitante cubierto bajo un plan de salud grupal del empleador?**  
Por favor marque sí o no, si el solicitante estaba cubierto por su plan de salud de grupo ofrecido por su compañía. El solicitante podrá ser el empleado u otra persona relacionada con el empleado, como un cónyuge o miembro de la familia con discapacidades. Si su empresa no ofrece un plan de salud de grupo, por favor marque No. Un plan de salud de grupo es un plan de uno o más empleadores para proporcionar beneficios de salud o de atención médica (de forma directa o de otra manera), a los empleados actuales o anteriores, al empleador, o sus familias.
2. **Si sí, dé la fecha en que comenzó la cobertura.**  
Escriba el mes y año de la fecha en que la cobertura del solicitante comenzó en su plan de salud grupal.
3. **¿Ha terminado la cobertura?**  
Marque sí o no, si la cobertura del plan de salud de grupo para el solicitante ha terminado.

4. **En caso afirmativo, indique la fecha en que la cobertura terminó.**  
Escriba el mes y año en que la cobertura del plan de salud grupal terminó para el solicitante.
5. **¿Cuándo trabajó el empleado en su empresa?**  
Escriba las fechas de inicio y finalización del trabajo para el empleado en el que el solicitante se relaciona. Puede ser el solicitante u otra persona relacionada con el empleado, como un cónyuge o miembro de la familia con discapacidad.  
Escriba el mes y año de inicio del empleo en la casilla "Desde."  
Escriba el mes y el año en que terminó el empleo en el campo "Hasta."  
Si el empleado todavía trabaja, escriba el mes y año de la fecha actual.  
El empleo actual tiene un estatus de empleo activo. No es por discapacidad o jubilación.
6. **Si usted está en un plan de salud grupal grande y el solicitante está discapacitado, indique el período de tiempo (todos los meses) en que su plan de salud grupal fue el pagador primario.**  
Escriba las fechas de inicio y terminación en las cuales su plan de salud de grupo fue el pagador primario para el solicitante.

**Si usted es un empleador con un arreglo de banco de horas, complete la sección "Para Arreglos de Banco de Horas ÚNICAMENTE"**

1. **¿Está (o estaba) el solicitante cubierto por un arreglo de banco de horas?**  
Por favor marque sí o no, si el solicitante estaba cubierto por un acuerdo de banco de horas. Si marca no, por favor llene también la sección llamada "Planes de Salud Grupales del Empleador ÚNICAMENTE."
2. **En caso afirmativo, ¿tiene el solicitante horas restantes en la reserva?**  
Por favor, indique si el solicitante tiene actualmente cobertura de salud en base a las horas restantes en la cuenta de banco de horas del empleado.
3. **¿Cuándo las horas de reserva terminaron o se utilizarán?**  
Por favor escriba el mes y el año en que las horas restantes en la cuenta de banco de horas del empleado expiraron o expirarán.

**Todos los empleadores deben completar la parte inferior de la sección B.**

- **Firma del funcionario de la empresa:** Un representante oficial de la empresa tiene que firmar este documento. Por favor, no imprimir.
- **Fecha de la firma:** Escriba la fecha en que firma el formulario en este campo.
- **Puesto del Funcionario de la Empresa:** Imprima el puesto del funcionario de la empresa que firmó el formulario en este campo.
- **Número de teléfono:** Escriba el número de teléfono del funcionario de la empresa que firmó el formulario en este campo. Si tiene dudas respecto de la información en este formulario, un representante del Seguro Social se comunicará con usted.