

Covered California para pequeñas empresas (CCSB)



COVERED CALIFORNIA
SMALL BUSINESS

Solicitud para empleadores

Covered California para pequeñas empresas ofrece nuevas maneras para que pequeñas compañías puedan ofrecer seguro de salud a sus empleados.



¿Quién puede usar esta solicitud?

Para poder participar en CCSB, tu organización o empresa debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Tu organización o negocio deben tener una dirección física en California, y ofrecer cobertura a cada empleado a través de CCSB que estén trabajando en la dirección principal.
- Tener de uno a 100 empleados de tiempo completo, y
- Ofrecer cobertura a los empleados que sean de tiempo completo, que trabajen un promedio de 30 horas por semana.



¿Qué necesitas para aplicar?

- Una copia de tu DE-9C
- Documentación de tu negocio adicional (ver el paso 1)
- Información acerca de sus empleados elegibles
 - Nombre completo
 - Número de seguro social o número de identificación de impuestos
 - Fecha de nacimiento
- Dirección
- Número de teléfono
- Estatus de COBRA y/o Cal-COBRA
- Información de los dependientes (si es que se ofrece cobertura a los dependientes)

Los empleados que rechacen la cobertura deben llenar la solicitud del empleador y firmar la parte correspondiente de la solicitud.



Opciones de verificación aceptables para 3 o más empleados que se inscriban

- Envía el DE-9C más reciente
- Presenta registros de nómina de los últimos 30 días (si tu negocio ha estado abierto por menos de 3 meses), o
- (Nuevo) Si ya tenías seguro, proporciona documentación de cobertura previa de la aseguradora anterior como alternativa al DE-9C. Si los empleados elegibles no están en la documentación de cobertura previa, se requiere un DE-9C o un registro de nómina de 30 días.



Obtén ayuda

- **En línea:** www.CoveredCA.com/ForSmallBusiness
- **Por teléfono:** Llama a nuestro Centro de servicio a clientes al **(855)777-6782**
- **En español:** Llama a nuestro centro de ayuda gratis al **(855)777-6782**
- Llama a tu agente de seguros
- Llama al Centro de servicio a clientes de pequeñas empresas de Covered California para información acerca de como encontrar un agente de seguros en tu área **(855)777-6782**.



¿Cuál es el siguiente paso?

Una vez que tus empleados llenen y firmen su solicitud, envíalas junto con esta solicitud completa, a la dirección en la página 7. Dentro de 1 a 2 semanas te llegará una notificación donde sabrás si eres o no elegible para Covered California para pequeñas empresas.

Tu información es confidencial.

- Mantendremos tu información confidencial conforme a la ley.
- La información y respuestas en esta aplicación solo serán usadas para decidir si eres o no elegible para CCSB.

*Para más información acerca de los empleados de tiempo completo (FTE, por sus siglas en inglés) y como llegar a esta cifra, revisa la página 3.

PASO 1 Verifica tu elegibilidad para CCSB.

Debes proporcionar un documento para cada grupo.

Tú eres:	¿Cuánto tiempo has tenido tu negocio?	Debes proporcionar lo siguiente:		
		Documento 1 (escoger uno)	Documento 2 (escoger uno)	Documento 3 (escoger uno)
Único propietario: Si eres el único dueño de tu negocio puedes calificar para CCSB si tienes empleados que cumplan con los requisitos.	Menos de 3 meses	Licencia comercial local o Presentación de nombres comerciales ficticios.	DE-9C o Registros de nómina de 30 días o facturas anteriores de la compañía de seguro de salud (para empleadores con 3 o más empleados inscritos)	
	3 meses o más	Horario C o Licencia de negocio local o Licencia comercial local o licencia comercial ficticia.	DE-9C o Factura del proveedor anterior (para empleadores con 3 o más empleados inscritos) y Horario C (si el propietario se inscribe).	
Corporación	Menos de 3 meses	Artículos de incorporación (presentado y sellado)	DE-9C o Registros de nómina de 30 días o facturas anteriores de la compañía de seguro de salud (para empleadores con 3 o más empleados inscritos)	Estado de información (si se le ofreció cobertura a los oficiales y no están listados en DE-9C) o Listado de actas de reuniones corporativas con todos los nombres de los oficiales
	3 meses o más	DE-9C o facturas anteriores de la compañía de seguro de salud (para empleadores con 3 o más empleados inscritos)	Estado de información (si a los oficiales se les ofrece cobertura y no están listados en el DE-9C)	
Sociedad	Menos de 3 meses	Contrato de sociedad	Carta de identificación fiscal federal	DE-9C o Registros de nómina de 30 o facturas anteriores de la compañía de seguro de salud (para empleadores con 3 o más empleados inscritos)
	3 meses o más	DE-9C o facturas anteriores de la compañía de seguro de salud (para empleadores con 3 o más empleados inscritos)	Horario actual K-1 (si los socios no están listados en DE-9C) o Contrato de sociedad y Carta de identificación fiscal federal (si el horario K-1 no está disponible)	
Sociedad limitada (LP)	Menos de 3 meses	Contrato de sociedad o Carta de identificación fiscal federal	Carta de identificación fiscal federal	DE-9C o Registros de nómina de 30 o facturas anteriores de la compañía de seguro de salud (para empleadores con 3 o más empleados inscritos)
	3 meses o más	DE-9C (Socios limitados de una LP no son elegibles para cobertura al menos que aparezcan en el DE-9C). o facturas anteriores de la compañía de seguro de salud (para empleadores con 3 o más empleados inscritos)	Horario actual K-1 (si los socios no están listados en DE-9C) o Contrato de sociedad y Carta de identificación fiscal federal (si el horario K-1 no está disponible)	
Sociedad de responsabilidad limitada (LLP)	Menos de 3 meses	Contrato de sociedad o Carta de identificación fiscal federal	DE-9C o Registros de nómina de 30 días o facturas anteriores de la compañía de seguro de salud (para empleadores con 3 o más empleados inscritos)	
	3 meses o más	DE-9C o facturas anteriores de la compañía de seguro de salud (para empleadores con 3 o más empleados inscritos)	Horario actual K-1 (si los socios no están listados en DE-9C) o Contrato de sociedad y Carta de identificación fiscal federal (si el horario K-1 no está disponible)	
Compañía de responsabilidad limitada (LLC)	Menos de 3 meses	Artículos de acuerdos de operación de la organización o Estado de información	DE-9C o Registros de nómina de 30 días o facturas anteriores de la compañía de seguro de salud (para empleadores con 3 o más empleados inscritos)	
	3 meses o más	DE-9C o facturas anteriores de la compañía de seguro de salud (para empleadores con 3 o más empleados inscritos)	Horario actual K-1 para sociedades u Horario C para empresas con un solo dueño (si los socios gestores no figuran en la lista que muestra los salarios en el horario DE-9C). o Declaración de información o Artículos de constitución con acuerdo de funcionamiento (si no hay Horario K-1 ni Horario C)	

Continúa en la siguiente hoja ➡

PASO 2 Cuéntanos acerca de tu negocio

Tu organización o negocio deben tener una dirección física en California, u ofrecer cobertura a cada empleado a través de CCSB que estén trabajando en la dirección principal.

1. Nombre completo y legal de tu negocio		2. Número de identificación federal de empleador (FEIN)	
3. Haciendo negocio como (DBA)		4. Número de identificación estatal de empleador (SEIN)	
5. Tipo de organización Privada Sin fines de lucro Gubernamental Religiosa o afiliada a la iglesia		6. Número total de empleados de tiempo completo (FTE).	
7. ¿Número de empleados elegibles?		8. Fecha que deseas que comience la cobertura	9. Código SIC
10. Estoy ofreciendo cobertura a:** Unicamente mi empleado Mi empleado + familia		11. 11. Si, estoy ofreciendo cobertura a la pareja doméstica no registrada. No, no estoy ofreciendo cobertura a la pareja doméstica no registrada.	
12. Mi compañía está sujeta a: COBRA federal Cal-COBRA		13. ¿Tienes más de 20 empleados que han trabajado durante más de 20 semanas en el año fiscal pasado y/o actual? Sí No	
Actualmente ¿ofreces cobertura médica? Sí No	14b. Si ofreces cobertura, ¿con qué compañía de seguro de salud?		15. ¿Planeas aprovechar el Crédito fiscal de atención médica para pequeñas empresas? Sí No No califico

PASO 3 Dinos a quien contactar sobre esta solicitud o cambio.

Contacto Principal (notificaciones oficiales serán dirigidas al contacto principal)				
1. Apellido paterno, Apellido materno, Nombre(s)				
2. Teléfono () -		3. Correo electrónico		
4. ¿Prefieres notificaciones electrónicas? Sí No		5. Idioma hablado o escrito preferido (si no es inglés)		
Representante autorizado (Opcional: si quieres nombrar algún representante autorizado)				
6. Apellido paterno, Apellido materno, Nombre(s)				
7. Teléfono () -		8. Correo electrónico		
Dirección principal de la empresa				
9. Dirección principal de la empresa - nombre de la calle (solamente dirección de California)				
10. Número de apartamento o unidad (si aplica)				
11. Ciudad		12. Estado	13. Código postal	14. Condado
15. ¿Tu dirección postal es la misma que tu dirección principal? Sí No		16. ¿Tu dirección de facturación es la misma que la dirección comercial principal? Sí No		
17. Dirección postal	18. Ciudad	19. Estado	20. Código postal	21. Condado
Información del agente (si es aplicable)				
1. Apellido paterno, Apellido Materno, Nombre(s)		2. # de licencia de seguros de California		3. # FEIN de la agencia
4. Agente de Covered California		Sí No		
5. Nombre de agencia (si es aplicable)				

*Para más información acerca de los empleados de tiempo completo (FTE, por sus siglas en inglés) y como llegar a esta cifra, revisa la página 3.
** Si un empleador es considerado un Gran empleador aplicable (un total de 50 o más empleados FTE), el empleador deberá ofrecer servicios a los dependientes de sus empleados para evitar las sanciones de Responsabilidad Compartida del Empleador (ESR). Consulte la Sección 4980H del Código de Rentas Internas.



¿NECESITAS AYUDA PARA LLENAR TU APLICACIÓN? Llama a tu agente de seguros de Covered California con tus preguntas, visita [CoveredCA.com/espanol/forsmallbusiness/](https://coveredca.com/espanol/forsmallbusiness/) o llámanos al (855)777-6782. To obtain a copy of this application in English, call (855)777-6782.

Solicitud del empleador para Covered California para pequeñas empresas | fecha de vigencia - 01/01/2026 Rev.10/01/2025

Continúa en la siguiente hoja ➡

¿Qué es un empleado de tiempo completo?

Para efectos de determinar si un empleador es un empleador pequeño o grande según lo define la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) y la ley aplicable de California, el empleador debe calcular su número total de empleados "equivalentes a tiempo completo" (FTE). Este número determina si el empleador es elegible para participar en Covered California para pequeñas empresas. El número de FTEs también es importante para determinar si un empleador es un Gran empleador aplicable (ALE) y está sujeto a la Provisión de responsabilidad compartida por el empleador (ESRP) según la Sección 4980H del Código de rentas internas.

Un empleado FTE no es un empleado real sino un cálculo que involucra a todos los empleados de tiempo parcial y completo que trabajaron durante el año fiscal anterior. Consulta la Sección 1357.500(k)(3) del Código de salud y seguridad y la Sección 10965.3(q)(3) del Código de seguros para más información. Si el empleador no existiera en el año calendario o trimestre anterior, el empleador determinará el número promedio de empleados que se espera razonablemente que trabajen en días hábiles en el año fiscal actual. Esta cifra establecerá si el empleador es elegible para la cobertura a través de Covered California para pequeñas empresas.

Para efectos de determinar si un empleador es un Gran empleador aplicable que está sujeto al ESRP, el cálculo sólo incluye las cifras de empleo del año fiscal anterior. Consulta la Sección 4980H del Código de rentas internas y el sitio web del IRS para más detalles.

Instrucciones

1. Puedes encontrar información sobre cómo realizar el cálculo FTE utilizando el sitio web de Provisión de responsabilidad compartida por el empleador (ESRP) <https://www.irs.gov/affordable-care-act/employers/employer-shared-responsibility-provisions>

Utiliza las cifras finales de FTE como el número que usarás para completar el Paso 2, pregunta 7 de esta solicitud.

Cosas importantes que debes saber

- Si tienes al menos 50 FTEs, estas requerido por ley a ofrecer cobertura a los dependientes de hasta 26 años de tus empleados. Consulta la sección 4980H del Código de rentas internas.
- Calcular el número de empleados FTE es responsabilidad del empleador.
- Covered California no proporciona asistencia para calcular los FTEs de la organización. Consulta con un agente de seguros o en la página web del IRS.

Continúa en la siguiente hoja ➡

PASO 4 Selecciona un nivel de metal para ofrecer a tus empleados.

NOTA: Los planes solo pueden ser cambiados durante el período de renovación.

Marca aquí si estas cambiando de plan.

4 niveles de metal

Los empleados pueden elegir entre planes de salud en los **cuatro niveles de metal**:



3 niveles de metal

Los empleados eligen entre planes de salud en los **tres niveles de metal**:



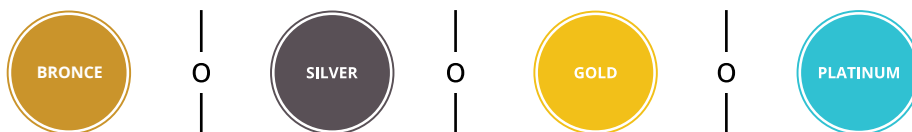
2 niveles de metal

Los empleados eligen entre planes de salud en los **dos niveles de metal**:



1 niveles de metal

Los empleados eligen un plan de salud en **un nivel de metal**:



PASO 5 Selecciona un plan de referencia dentro del nivel(es) de cobertura que seleccionaste.

(El plan de referencia es el plan que escogiste para determinar la cantidad que vas a aportar hacia la cobertura de tu empleado).

Compañía de seguro de salud _____

Nombre del plan de referencia
(sé lo más específico posible) _____

Nivel de metal Bronze Silver Gold Platinum

PASO 6 Especifica tu contribución económica al pago mensual

Ingresa el porcentaje que aportarás:

Pago mensual del empleado _____ % (mínimo de 50%)

Pago mensual del dependiente _____ % (opcional, "0" si no vas a contribuir)

Continúa en la siguiente hoja ➡

PASO 7 Infertilidad

¿Deseas ofrecer seguros de salud que cubran infertilidad? ** Sí No

Consulta a continuación las normas sobre ofrecer cobertura para infertilidad:

Todos los empleadores tienen la opción de ofrecer cobertura de infertilidad como parte de su seguro de salud. Si un empleador decide ofrecer beneficios de infertilidad a sus empleados, todos los planes de seguro de salud disponibles incluirán beneficios de infertilidad. Si un empleador decide no ofrecer cobertura de infertilidad a sus empleados, los planes de seguro de salud disponibles no incluirán beneficios de infertilidad.

****Los empleadores que no seleccionen una respuesta, será tomado como que NO ofrecerán un seguro de salud que ofrezca beneficios de infertilidad.**

PASO 8 Cobertura dental

¿Deseas ofrecer cobertura dental? Sí No

PASO 9 Selecciona el plan dental de referencia que escogiste en tu respectivo nivel(es) de plan.

(El plan de referencia es el plan que escoges para determinar la contribución que darás hacia el costo de cobertura de tu empleado).

Compañía de seguro dental

Nombre de plan de referencia
(sé lo más específico posible)

PASO 10 Especifica tu contribución económica al pago mensual de cobertura dental (opcional).

Ingresa el porcentaje que aportarás:

Pago mensual del empleado _____ % (opcional, "0" si no vas a contribuir)

Pago mensual del dependiente _____ % (opcional, "0" si no vas a contribuir)

Continúa en la siguiente hoja ➡

STEP 11 Atestación, arbitraje y firma: leer, llenar y firmar

Para participar en Covered California para pequeñas empresas, debe dar fe de lo siguiente:

- A. Entiendo que la información proporcionada en esta solicitud será usada para determinar mi elegibilidad y facilitar la inscripción en un seguro de salud a y que mi información no será compartida y se mantendrá privada conforme a la ley federal y estatal.
- B. Mi período de espera cumple con el 42 U.S.C. § 300gg-7, Sección 10198.7(c) del Código de Seguros de California, modificado por Estatutos 2013-2014, 1º Ex. Ses., cap. 1, § 7 y Sección 1357.51(c) del Código de Salud y Seguridad de California, modificado por los Estatutos 2013-2014, 1er Ex Sess., cap. 2, § 2, y todos mis empleados elegibles han cumplido el período de espera.
- C. Si se incluye mi lista de empleados, tengo el consentimiento de todos los nombrados en la solicitud de incluir su información personal e identificable como, pero no limitado, a su fecha de nacimiento, seguro social o números de identificación fiscal, así como dirección y teléfono.
- D. Entiendo que, bajo la ley federal, no se permite la discriminación por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género, discapacidad, religión, estado civil o condición de veterano.
- E. Entiendo que SHOP no considerará aprobada mi cobertura grupal hasta que la factura inicial haya sido pagada en su totalidad y entregada a SHOP o matasellado antes de la fecha de vencimiento indicada en la factura.
- F. Entiendo en que debo continuar realizando los pagos requeridos del saldo total adeudado antes de la fecha de vencimiento indicada en la factura, para continuar siendo un empleador elegible en SHOP.
- G. Sé que debo informar a todos los empleados elegibles sobre la disponibilidad de cobertura y que aquellos que no elijan la cobertura deben esperar un año o tener un gran cambio en la vida para obtener cobertura a través de mi plan grupal si deciden que siempre si les gustaría tener cobertura.
- H. Entiendo que una vez que SHOP aprueba la cobertura, los cambios en la cobertura no se pueden implementar después de mi fecha de vigencia hasta el próximo período de inscripción abierta, excepto cuando el empleador ejerza el derecho de cambiar la cobertura con el mismo emisor dentro de los primeros 30 días de la fecha de vigencia de la cobertura de conformidad con el Código de Salud y Seguridad 1357.504 (c) y el Sección 10753.06.5 (c) del Código de Seguros.
- I. Entiendo que la cobertura de seguro médico a través de SHOP está sujeta a los términos y condiciones aplicables del contrato o póliza de la compañía de seguro de salud y la ley estatal aplicable, las cuales determinarán los procedimientos, exclusiones y limitaciones relacionadas con la cobertura y registrará en caso de cualquier conflicto con la comparación de beneficios de SHOP o compañía de seguro de salud, el resumen u otra descripción de la cobertura.
- J. Entiendo que, una vez enviada la información a la compañía de seguro médico, la fecha de vigencia de la cobertura grupal no puede ser modificada ni cancelada antes del primer mes de cobertura.
- K. Entiendo que las declaraciones hechas en esta solicitud están sujetas a auditorías por parte de SHOP en cualquier momento.
- L. Entiendo que las declaraciones hechas en esta solicitud deben ser mantenidas en orden para poder continuar mi cobertura con SHOP.
- M. Certifico que el número total de empleados de tiempo completo (FTEs) que he proporcionado en el cuadro 7, página 2 de esta solicitud es verdadero y correcto a mi saber y entender.

Acuerdo de arbitraje vinculante:

Entiendo que, si selecciono un plan de salud que utiliza arbitraje vinculante obligatorio para resolver disputas, acepto arbitrar reclamos que se relacionen con mi persona o dependiente en el plan de salud (excepto casos del Tribunal de Reclamos Menores y reclamos que no pueden estar sujetos a arbitraje vinculante según la ley vigente). Entiendo que cualquier disputa entre yo, mis herederos, familiares u otras partes asociadas por un lado y el plan de salud, cualquier atención médica contratada como proveedores, administradores u otras partes asociadas, por otro lado, por presunta violación de cualquier deber que surja de o esté relacionado con la membresía en el plan de salud incluido, pero no limitado a, responsabilidad de las instalaciones, relacionado con la cobertura o la entrega de servicios o artículos, o, si selecciono un plan de salud de Kaiser Permanente, incluido cualquier reclamo por negligencia médica u hospitalaria (un reclamo de que los servicios médicos fueron innecesarios o no autorizados o fueron realizados de manera inadecuada, negligente o incompetente) independientemente de la teoría jurídica, debe decidirse mediante arbitraje vinculante según la ley de California y no mediante demanda o recurso a un proceso judicial, excepto en los casos en que La ley aplicable prevé la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Acepto renunciar a mi derecho a un juicio con jurado y acepto el uso de arbitraje vinculante. Entiendo que la disposición de arbitraje completa se encuentra en el documento de cobertura del plan de salud, que está disponible para mi revisión.

He leído y doy fe de los requisitos anteriores A-M para participar en CCSB.

He leído y entendido el acuerdo de arbitraje vinculante.

Firma del dueño/Persona autorizada	Titulo
Nombre completo en letra molde	Fecha

PASO 12 En caso de que un agente de seguros te ayudara a llenar esta solicitud, el agente también debe firmar la solicitud

Ningún agente de seguros me ayudó con mi solicitud.

El solicitante completó y ejecutó esta solicitud, y yo lo ayudé ofreciéndole asesoramiento para brindarle respuestas a sus preguntas. Le aconsejé al solicitante que debía responder todas las preguntas de forma completa y sinceramente y que ninguna información solicitada debe ser retenida. Le expliqué al solicitante, en un lenguaje fácil de entender, el riesgo que corría al proporcionar información inexacta y el solicitante entendió la explicación. Hasta donde yo sé, según lo que me reveló el solicitante, la información contenida en esta solicitud es precisa y completa. **Entiendo que, si alguna parte de esta declaración firmada por mí es falsa, puedo estar sujeto a sanciones civiles de hasta \$10,000 según lo autorizado por el Código de Salud y Seguridad de California Sección 1389.8 y Sección 10119.3 del Código de Seguros.**

Firma del agente de seguros

Nombre con letra de molde

Fecha

PASO 13 Asegúrate de...

- ...Leer acerca de qué son los empleados de tiempo completo (FTEs) en la pag. 3.
- ...Leer y firmar la pag. 6.
- ...Adjuntar toda la documentación requerida de la pag. 1.
- ...Llenar la solicitud completa para todos los empleados elegibles (si incluyes una lista de empleados).
- ...Obtener la firma de tu agente de seguros (si es que alguien te ayudó a llenar tu solicitud).

Nota: Covered California te enviará una factura con el costo de tu primer mes de cobertura.

PASO 14 Envía tu solicitud y la de tus empleados.

Envía tu solicitud completa, incluyendo la solicitud de tus empleados y todos los documentos requeridos a:

Correo electrónico: ccsbeligibility@covered.ca.gov

Fax: (949) 809-3264

Correo: Covered California
P.O. Box 7010
Newport Beach, CA 92658



¿Necesitas ayuda?

Si tienes preguntas acerca de cómo llenar tu aplicación o necesitas ayuda, llama a tu agente de seguros de Covered California o llámanos al **(855)777-6782**.