

Estimado Empleado,

La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act, ACA) requiere que nuestra compañía informe anualmente al Servicio de Rentas Internas (Internal Revenue Service, IRS) nuestra oferta de cobertura médica a los empleados elegibles de tiempo completo. Esta información se debe presentar al IRS y debe incluir el nombre y el número de seguro social (Social Security Number, SSN) de cada empleado a quien emitimos un formulario 1095-C. Anteriormente en este año usted recibió una copia de este formulario.

Cuando presentamos electrónicamente esta información al IRS, recibimos una notificación indicando que el nombre y SSN que reportamos, como se muestra a continuación, no coincide con el nombre y SSN de los expedientes de la Administración del Seguro Social (Social Security Administration, SSA):

Número de seguro social	ID del empleado	Fecha
Apellido	Nombre	Segundo Nombre

Se nos requiere que corrijamos esta información sin demora. Necesitamos su ayuda para hacer la corrección:

Vea si la información indicada arriba coincide con el nombre y el número de seguro social de su tarjeta de seguro social.

Si el nombre y el SSN indicados arriba COINCIDEN con el nombre y el SSN de su tarjeta de seguro social, firme y feche aquí; necesita comunicarse con la oficina de la SSA de su localidad para resolver este problema.*	
<input type="checkbox"/> Sí, la información que aparece arriba coincide exactamente con la información de mi tarjeta de seguro social	
Firma del empleado	Fecha
Si el nombre y el SSN que aparece arriba NO COINCIDEN con el nombre y el SSN de su tarjeta de seguro social, sírvase proporcionarnos su tarjeta de seguro social para que podamos corregir nuestros expedientes. Si recientemente se casó o divorció y olvidó notificar a la SSA, necesita comunicarse con la oficina local de la SSA para resolver esta y cualquier otra discrepancia existente.* Si en su cultura se usan dos apellidos, el primero de ellos debe estar registrado en la SSA. Si se ha cambiado el orden de su segundo nombre y apellido, necesita comunicarse con la oficina local de la SSA para resolver este asunto.*	

*Para encontrar la oficina de la SSA más cercana, visite www.ssa.gov o llame al 1-800-772-1213.

Esta carta es nuestra notificación de este asunto, y debe contestarnos dentro de los siguientes 14 días calendario.

Una vez que haya resuelto esta aparente discrepancia, debe notificarnos su resolución.

Si nos proporciona otro nombre o SSN, verificaremos la nueva información con la Administración del Seguro Social.

Compañía Representante

ACUSE DE RECIBO DE ESTA NOTIFICACIÓN

Firma del empleado	Fecha
--------------------	-------

NOTA: Esta notificación no implica que usted proporcionó intencionalmente información incorrecta sobre su nombre o número de seguro social, y esto no afecta adversamente su empleo.