

PLEASE USE A BLACK
BALL POINT PEN TO
COMPLETE FORM

Información del Seguro de Salud del Empleador

Case #: _____

- Este formulario debe ser completado por su empleador o el representante de Recursos Humanos de su empresa. Los espacios sin llenar en este formulario pueden demorar el proceso.
- Este formulario debe ser completado por cada miembro empleado del núcleo familiar

A Información General

Nombre del Empleado: _____ SS#: _____

Nombre de la Empresa: _____ EIN: _____

- Sí No 1. ¿Su empresa ofrece seguro de salud? Si la respuesta es no, pasar a la sección D. Firme y regrese el formulario.
- Sí No 2. ¿El empleado puede anotarse en cualquier plan de seguro que se ofrezca?
Si la respuesta es no, por favor explique: _____
¿Si la respuesta es sí, cuando es/fue elegible el empleado? (mes/ día/ año) _____
- Sí No 3. ¿El empleado (o algún miembro familiar) está anotado en algún plan de seguros?
Si la respuesta es sí, por favor detalle los nombres de las personas anotadas: _____

- Sí No 4. ¿Este empleado o algún miembro de su núcleo familiar canceló/ cambió la cobertura en los últimos seis meses? Si la respuesta es sí, nombre(s): _____
Si la respuesta es sí, ¿cuándo terminó/ cambió la cobertura? (mes/día/año) _____

B Plan Menos Costoso

Para las preguntas a continuación, por favor otorgue información sobre el plan **menos costoso** ofrecido.

- Sí No 1. ¿El empleado debe anotarse para poder agregar dependiente(s)?
2. Fecha en que el empleado puede anotarse para recibir seguro (mes-día-año): _____
3. Próxima fecha de inscripción abierta, si es aplicable (mes-día-año): _____
4. Por favor complete la tabla a continuación sobre el costo mensual del seguro médico. **No** incluya el costo de cobertura dental, de visión, u otras, si está separado.

Costo Mensual		
	Parte del Empleado	Parte de la Compañía
Empleado	\$ _____	\$ _____
Empleado + cónyuge	\$ _____	_____
Empleado + niño	\$ _____	_____
Familia	\$ _____	_____

5. Favor de llenar el deducible anual de su plan de salud (no los costos de su bolsillo o los deducibles del hospital).

monto individual \$ _____ monto familiar \$ _____

- Sí No 6. ¿Paga el plan para algún servicio (el médico, la farmacia, etc.) antes de pagar el deducible arriba?

(continuar)



Elección de Seguro de Salud del Empleado

Las siguientes preguntas se refieren al plan elegido por el empleado. Las preguntas 2-8 hacen referencia a los beneficios "en la red".

1. Nombre de la compañía y el plan de seguros: _____
- Sí No 2. ¿El deducible es \$2,500 o menos por persona?
- Sí No 3. ¿El plan paga por al menos el 70% de la estadía de un paciente con internación (después del deducible)?
- Sí No 4. ¿El beneficio de vida máximo es de \$1,000,000 o más?
5. ¿Qué beneficios están cubiertos con este plan (elijá todos los que están cubiertos)?
- Visitas al doctor Servicios de internación Farmacia/Recetas médicas
- Exámenes para niños Vacunas para niños
6. Complete la tabla solamente si difiere con el cuadro en la primera página (sección B). **No** incluya el costo de cobertura dental, de visión, u otras, si está separado.

Costo Mensual		
	Parte del Empleado	Parte de la Compañía
Empleado	\$ _____	\$ _____
Empleado + cónyuge	\$ _____	_____
Empleado + niño	\$ _____	_____
Familia	\$ _____	_____

- Sí No 7. ¿Los hijos del empleado están anotados actualmente o serán anotados en el plan dental de su compañía? Si la respuesta es sí, nombre(s): _____
- Sí No 8. ¿Cubre el plan servicios de aborto?
- ¿Si la respuesta es afirmativa, bajo qué circunstancias lo cubre?
- Solamente cuando la vida de la madre está en peligro si el embarazo continúa, en caso de incesto, violación sexual
- Otra circunstancia, descríbala por favor: _____



Firma

Certifico que soy un representante del Departamento de Recursos Humanos, o que soy el representante del seguro médico. En mi conocimiento, la información en este formulario es veraz y correcta.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre (escriba su nombre por favor) _____

Cargo: _____ Teléfono: _____

Envíe este formulario completo a:

Department of Workforce Services PO Box 143245 SLC, UT 84114-3245 Fax: 801-526-9500 Toll-free Fax: 877-313-4717

Nombre del Empleado: _____ SS#: _____ Case #: _____