

THE NELSON TRUST

NO COMPLETAR Y DEVOLVER ESTE FORMULARIO DARÁ LUGAR A LA CANCELACIÓN DE LA COBERTURA DEL CÓNYUGE A PARTIR DEL 1 DE ENERO DE 2025

- Sitio Web: www.nelsonbenefits.org
- Fax: (503) 228-0149
- Dirección: PMB #116, 5331 S Macadam Avenue, Suite 258, Portland OR 97239
- Correo electrónico: nelsondependentaudit@benesys.com

Si tiene preguntas sobre este formulario, llame al (800) 811-8853 o visítenos en www.nelsonbenefits.org

NOMBRE DEL EMPLEADO
1234 MAIN ST
ANYTOWN, US 12345

Dependiente: CÓNYUGE

DEBERÁ SER COMPLETADO POR EL CÓNYUGE ARRIBA MENCIONADO

☐ **Si, estoy empleado. Por favor, pida al empleador que complete el formulario**

Al firmar a continuación, reconozco que mi respuesta a la pregunta anterior es exacta. Si estoy empleado, autorizo a mi empleador a completar y devolverme la sección que figura a continuación.

Firma de Cónyuge: _____ **Fecha:** _____

DEBE COMPLETARLO EL EMPLEADOR DEL CÓNYUGE QUE FIGURA EN LA LISTA:

- ☐ Ofrecemos cobertura médica de grupo con _____, y este empleado está inscrito.
- ☐ Ofrecemos cobertura médica de grupo con _____; y este empleado era elegible pero no se inscribió.
- ☐ No ofrecemos cobertura médica de grupo a nuestros empleados.
- ☐ Ofrecemos cobertura médica de grupo con _____, pero este empleado trabaja a tiempo parcial y no es elegible.

Si el empleado está inscrito en la cobertura médica de grupo que se ofrece, indique el coste por nómina para inscribirse en la cobertura médica en el espacio siguiente. Si se ofrece más de un plan médico, indique el coste para el empleado del plan básico o de la opción de plan médico más frecuente.

Sólo Empleado \$ _____ Empleado + Cónyuge \$ _____ Empleado + Hijo(s) \$ _____ Empleado + Familia \$ _____

☐ **Bimensual**

☐ **Quincenal**

☐ **Mensual**

Con mi firma confirmo que la información sobre el plan de beneficios colectivos que he facilitado anteriormente es verdadera y exacta.

Firma del representante del empleador _____ Fecha ____/____/____

Nombre del representante en letra de imprenta _____ Título _____

Nombre del empleador en letra de imprenta _____ Teléfono profesional (____) _____