

THE NELSON TRUST

WWW.NELSONBENEFITS.ORG

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

IMPORTANTE: LA INFORMACIÓN DE ESTE FORMULARIO SUSTITUIRÁ A CUALQUIER INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN ANTERIOR QUE USTED HAYA ENVIADO.

MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA: ☐ Nueva inscripción ☐ Adición de dependientes ☐ Cambio de plan ☐ Cambio de domicilio

NOMBRE COMPLETO DEL EMPLEADO: _____ N.º Seguro Social: _____

DOMICILIO: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CP: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ GÉNERO: (Marque uno) Masculino __ Femenino __ EMAIL: _____

TELÉFONO MÓVIL: (_____) _____ TELÉFONO RESIDENCIAL: (_____) _____

ESTADO CIVIL: (marque uno) SOLTERO(A) CASADO(A) DIVORCIADO(A) SEPARADO(A) VIUDO(A)

SU PLAN INCLUYE

PLAN MÉDICO: PRIMERA
PLAN DENTAL: MODA HEALTH (ODS)
PLAN DE LA VISTA: VISION SERVICE PLAN (VSP)
PLAN DE RECETAS: PRIMERA

NOTA: Si usted, su cónyuge o cualquiera de sus dependientes tienen Medicare o son elegibles a Medicare, incluya una copia de su tarjeta de Medicare.

NO SE EXTENDERÁ LA COBERTURA A DEPENDIENTES CUYA INFORMACIÓN NO ESTÉ TOTALMENTE COMPLETA

Añadir	Plazo	Parentesco	Número de Seguro Social	Apellido legal completo	Nombre legal completo	Inicial	Fecha de nacimiento MM/DD/AA	Género
		*Cónyuge						
		*Dependiente						
		*Dependiente						
		*Dependiente						

☐ Por favor, marque esta casilla para indicar si se necesita una página adicional para enumerar dependientes adicionales

IMPORTANTE: Si su cónyuge trabaja para una empresa que ofrece un plan médico, deberá inscribirse en el plan médico y de medicamentos con receta de su empresa en el próximo periodo de inscripción abierta. Si su cónyuge está sujeto a este requisito, haga que su cónyuge y su empresa completen el formulario de verificación de cónyuge trabajador, incluido en este paquete.

¿Su cónyuge trabaja actualmente? ☐ Sí ☐ No

Si ha respondido **SÍ**, ¿cuál de las siguientes opciones se aplica?:

- ☐ Empleado y trabaja a tiempo completo (30 horas semanales o más)
☐ Empleado y trabaja a tiempo parcial (29 horas o menos a la semana)
☐ Trabaja por cuenta propia

Complete lo siguiente sólo si su cónyuge está empleado por una empresa:

- ☐ La empresa de mi cónyuge ofrece un plan médico y mi cónyuge está inscrito
☐ La empresa de mi cónyuge ofrece un plan médico, pero mi cónyuge no es elegible
☐ Mi cónyuge ha elegido cobertura a través de su empresa, pero no tendrá derecho a ella hasta (especifique la fecha) _____
☐ La empresa de mi cónyuge ofrece un plan médico, mi cónyuge es elegible pero no se ha inscrito. El próximo periodo de afiliación abierta comenzará _____
☐ La empresa de mi cónyuge no ofrece cobertura médica grupal

THE NELSON TRUST

WWW.NELSONBENEFITS.ORG

Con mi firma en este formulario, certifico y garantizo al Plan que toda la información en este formulario es verdadera, correcta y actual a la fecha de la firma. Entiendo que el Plan se basa en mis respuestas proporcionadas en este formulario. Declaro, bajo pena de perjurio, que las respuestas dadas a todas las preguntas de este formulario son verdaderas y exactas. Entiendo que si, a sabiendas y con la intención de defraudar al Plan, proporciono cualquier información materialmente falsa u oculto, con el propósito de engañar, cualquier información relativa a cualquier hecho material, puedo estar sujeto a sanciones civiles y penales. Por último, entiendo que tengo la obligación de informar al Plan, por escrito, en un plazo de 30 días a partir de la fecha en que se produzca cualquier cambio material en la situación de cualquiera de mis dependientes, incluso por divorcio o separación legal, adopción de cualquier hijo dependiente por otra persona o cese de mi patria potestad sobre cualquier hijo dependiente.

Firma

Fecha

Al completar el Formulario de Inscripción debe tener en cuenta que entre sus dependientes se incluyen:

1. su cónyuge; la persona con la que se ha casado legalmente en virtud de la legislación estatal
2. sus (a) hijos dependientes menores de 26 años; (b) hijos dependientes solteros hasta cualquier edad siempre que estén mental o físicamente incapacitados y sean incapaces de mantenerse por sí mismos de forma continuada desde que cumplieron 19 años.

Se consideran hijos los hijos naturales, los hijastros, los hijos adoptados, los hijos en adopción, otros hijos que dependan de usted para su manutención o los hijos que sean perceptores alternativos en virtud de una orden de manutención médica calificada.

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA VERIFICAR LA ELEGIBILIDAD DE LOS DEPENDIENTES

Para verificar a un cónyuge legal	Se requieren tres (3) documentos para inscribir a su cónyuge legal. • Acta de matrimonio o una licencia de matrimonio aceptablemente ejecutada que identifique a la pareja, la fecha del matrimonio, la jurisdicción legal y que tenga una firma o sello que demuestre que ha sido <u>debidamente registrado en el Condado y/o Estado</u>. Un documento de la ceremonia de la iglesia no será aceptable si no cumple con estos requisitos. También debe presentar dos (2) documentos siguientes para demostrar que el matrimonio sigue siendo válido. • Formulario Federal de Impuestos 1040: Las dos (2) primeras páginas de su actual Formulario Federal de Impuestos 1040. Puede tachar toda la información financiera y los números de Seguro Social • Los documentos conjuntos deben ir dirigidos tanto al empleado como a su cónyuge y estar fechados en los últimos 12 meses • Estado de cuenta hipotecaria • Estado de cuenta bancario • Factura de servicios públicos • Contrato de alquiler • Declaración de impuesto sobre bienes inmuebles • Declaración del seguro de automóvil • Seguro residencial
Para verificar a un hijo natural o adoptivo, o a un hijastro que cumpla los requisitos hasta el final del mes en el que el dependiente cumpla 26 años	Envíe una fotocopia <u>legible</u> de un acta de nacimiento aceptable o de un registro de nacimiento del hospital en el que figure su nombre o el nombre de su cónyuge inscrito como progenitor del niño y que esté firmado por un administrador del hospital o un médico del personal. Si no tiene el acta de nacimiento, puede enviar una copia de las páginas de cualquier documento judicial en el que aparezcan los nombres de los padres y del hijo, se identifique el tribunal, el condado o el estado, la fecha de la acción y el registro de presentación o una firma del tribunal que haya sido firmada y/o sellada por un miembro del tribunal o puede enviar una prueba de paternidad. ▪ Si su cónyuge no está inscrito y su nombre figura en el acta de nacimiento y el suyo no figura en ella, deberá presentar también una copia de su acta de matrimonio.

Si inscribe a un dependiente que no es elegible, será responsable de reembolsar cualquier pago realizado en nombre del dependiente no elegible. Además, The Nelson Trust puede negarse a pagar cualquier reclamación futura para usted y sus otros dependientes, o usted y sus otros dependientes pueden perder la cobertura de The Nelson Trust.