



Formulario de inscripcion en beneficios para 2024-2025

ESCRIBA CUIDADOSAMENTE CON LETRA DE IMPRENTA POR FAVOR

Nombre de pila	Apellido	Fecha de nacimiento
Calle Casa #	Ciudad Estado Codigo Zip	Fecha de elegibilidad para beneficios
No de seguridad social		Fecha de contratacion
Posicion	Departamento	Salario por period de pago
Tipo de pago: <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> asalariado	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	

Por favor marque con cuidado sus opciones de cobertura. Si no está eligiendo inscribirse en un plan, marque la casilla de exención de cobertura correspondiente bajo ese tipo de cobertura **TODOS LOS COSTOS SON POR PERÍODO DE PAGO (CADA DOS SEMANAS)**. Su compañero de unión civil registrado de NJ y sus hijos también serán elegibles para recibir beneficios de salud y bienestar social cuando estén disponibles. Puede haber importantes consecuencias fiscales personales que surjan como resultado de la cobertura de la unión civil. Antes de inscribir a su socio de unión civil y a sus hijos elegibles, debe hablar con su asesor de impuestos sobre la implicación fiscal a usted.

INSCRIPCION EN COBERTURA

- Nuevo/Recontratado
- Inscripcion abierta
- De estatus no elegible a estatus elegible
- Perdida de otra cobertura

Fecha de tal perdida: _____

- Otro: _____

CAMBIOS A LA COBERTURA

Agregar dependientes:

- Nacimiento/adopcion Matrimonio
- Otro (especificar): _____

Fecha del evento: _____

Borrar a dependientes:

- Divorcio/separacion Deceso
- Otro (especificar): _____

Fecha de la perdida: _____

Otros cambios: Cambio de nombre (tarjeta de SSN requerida) Cambio de domicilios

TODOS LOS COSTOS SON POR PERIODO DE PAGO (BISEMANAL)

COBERTURA MEDICA

NIVEL DE COBERTURA	Horizon BCBS	Horizon BCBS	Horizon BCBS
	HSA Plan	EPO Plan	Direct Access Plan
<input type="checkbox"/> Empleado solamente	<input type="checkbox"/> \$108.00	<input type="checkbox"/> \$305.00	<input type="checkbox"/> \$365.00
<input type="checkbox"/> Empleado + conyuge	<input type="checkbox"/> \$360.00	<input type="checkbox"/> \$495.00	<input type="checkbox"/> \$610.00
<input type="checkbox"/> Empleado + hijo(s)	<input type="checkbox"/> \$330.00	<input type="checkbox"/> \$450.00	<input type="checkbox"/> \$550.00
<input type="checkbox"/> Familia	<input type="checkbox"/> \$410.00	<input type="checkbox"/> \$645.00	<input type="checkbox"/> \$800.00
<input type="checkbox"/> Socio de la union civil	<input type="checkbox"/> \$360.00	<input type="checkbox"/> \$495.00	<input type="checkbox"/> \$610.00
<input type="checkbox"/> Renuncio a cobertura medica debido a: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Costo <input type="checkbox"/> Cobertura conyuge <input type="checkbox"/> Cobertura a través del gobierno <input type="checkbox"/> Cobertura otro 			

COBERTURA PARA CUIDADOS DE LA VISTA

NIVEL DE COBERTURA		Renuncio a cobertura para cuidados de la vista debido a:
<input type="checkbox"/> Empleado solamente	<input type="checkbox"/> \$2.72	<input type="checkbox"/> Cobertura conyuge
<input type="checkbox"/> Empleado + conyuge	<input type="checkbox"/> \$4.90	<input type="checkbox"/> No es necesario
<input type="checkbox"/> Empleado + hijo(s)	<input type="checkbox"/> \$4.36	<input type="checkbox"/> Cobertura a través del gobierno
<input type="checkbox"/> Familia	<input type="checkbox"/> \$7.08	
<input type="checkbox"/> Socio de la union civil	<input type="checkbox"/> \$4.90	

COBERTURA DENTAL

NIVEL DE COBERTURA		Renuncio a cobertura dental debido a:
<input type="checkbox"/> Empleado solamente	<input type="checkbox"/> \$12.12	<input type="checkbox"/> Cobertura conyuge
<input type="checkbox"/> Empleado + conyuge	<input type="checkbox"/> \$23.99	<input type="checkbox"/> No es necesario
<input type="checkbox"/> Empleado + hijo(s)	<input type="checkbox"/> \$30.22	<input type="checkbox"/> Cobertura a través del gobierno
<input type="checkbox"/> Familia	<input type="checkbox"/> \$42.09	
<input type="checkbox"/> Socio de la union civil	<input type="checkbox"/> \$23.99	

INFORMACION DE DEPENDIENTES

Nombre (Apellido, de pila, inicial del 2°)	Relacion	Fecha de nacimiento	Numero de seguridad social	Sexo	Estudiante S/N
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N

SEGURO DE VIDA Y "AD&D" (PAGADO POR LA COMPANIA)

(MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL)

Cobertura solicitada de seguro temporal colectivo de vida (empleado solamente)	Marque los beneficios solicitados	Cobertura solicitada (Completar solo si el plan provee una seleccion en una table de beneficios)
Seguro temporal basico de vida	<input checked="" type="checkbox"/>	\$10,000
Seguro basico de muerte y des membramiento accidental ("AD&D")	<input checked="" type="checkbox"/>	\$10,000

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE VIDA Y "AD&D"

Por favor indique su designacion de beneficiaries de los beneficios de su seguro basico de vida y "AD&D. Usted puede indicar un beneficiario primario y uno contingente. Los que acaban de inscribirse necesitan presentar sus solicitudes dentro de 31 dias. Se requiere evidencia de asegurabilidad con las solicitudes presentadas despues de 31 dias o para montos mayors del seguro.

Tipo de beneficiario	Nombre del beneficiario	Domicilio del beneficiario	Fecha de nacimiento	SSN	Relacion	% de los
Primario						
Contingente						

AUTORIZACION

Reconozco que lo de arriba representa mis elecciones de inscripcion. Doy por entendido que al firmar este formulario estoy ya sea rehusando o autorizando deducciones de mi nomina salarial para cualesquier contribuciones requeridas para la(s) cobertura(s) arriba seleccionadas. Entiendo que mis elecciones pre-impuestos no se pueden cambiar ni cancelar durante el ano del plan hasta un futuro periodo de inscripcion abierta, o si ocurre un cambio calificado de estatus. Aun mas, entiendo que si estoy rehusando inscribirme yo mismo o a mis dependientes elegibles, incluyendo a mi conyuge, debido a otra cobertura de seguros, you en el future puedo inscribirme a mi mismo o a mis dependientes en los planes de arriba, siempre y cuando yo solicite incibirme dentro de 30 dias despues que se termine mi (nuestra) cobertura. Si no me inscribe dentro de 30 dias despues de la perdida de cobertura de seguros, mis dependientes elegible y yo no podremos ser permitidos que nos inscribamos hasta el proximo period anual de inscripciones. Además, si tengo un cambio de estatus, yo puedo inscribirme a mi mismo y a mis dependientes siempre y cuando yo solicite la inscripcion dentro de 30 dias despues la fecha en vigor del cambio de estatus. Represento a mi mayor conocimiento y entendimiento, que todas las declaraciones y respuestas expresadas en esta solicitud son verdaderas, completas y correctas. Doy por entendido que omisiones o falsedades con respect a la informacion provista puede resultar en la anulacion de mi cobertura y que you sea responsable para reembolsar todas las reclamaciones pagadas a mi o a mis dependientes durante un period sin contar con elegibilidad.

Firma: _____

Fecha: _____