

Spousal Employer Verification Form



Atlantic City Casinos Plan 102
(888) 437-3480

To Member: if your spouse is employed but doesn't have health insurance, their employer must complete this form. **To Employer:** please fill out and **sign this form** so your employee may enroll for coverage as a dependent under the UNITE HERE HEALTH plan. Your employee may be required to enroll in the group healthcare coverage offered by you first to be eligible under our plan for secondary coverage.

***To Employee:** use your phone to take a picture of completed form and email it to managers@uhh.org

Section 1: To be completed by UNITE HERE HEALTH Member

Member Name _____ Member ID # _____

SPOUSE (EMPLOYEE) NAME _____

Section 2: To be completed by Spouse's Employer

If your employee is not eligible for coverage through your company, this form will help confirm their eligibility as a dependent under the UNITE HERE HEALTH plan. It will be used solely for purposes of Health Plan Management. *Please check all the boxes that apply to best describe this employee's coverage and eligibility.*

This employee is:

- Full-time
- Part-time
- Eligible and enrolled for benefits; effective: ____/____/____

This employee is not covered:

- Self-employed or independent contractor
- Eligible for, but not enrolled in, benefits offered (*that is, waived or otherwise not enrolled*)
- Health care benefits not offered to: Full-time Part-time
- Employer health plan terminated and provided additional payment or compensation
- Employer health plan terminated and **did not** provide additional payment or compensation
- New employee in waiting period; will be eligible for coverage beginning _____
- Part-time employee who does not qualify for benefits
- Seasonal/temporary/on-call employee who does not qualify for benefits
- Employer has less than 50 employees
- Out on leave of absence due to:
 - FMLA
 - Temporary Disability
 - Workman's Compensation (*estimated return to work date: ____/____/____*)
- Other _____

Requirements in order for employee to be covered:

- Full-time
- Part-time
- Pay co-premium
- Satisfy waiting period
- Must elect or waive coverage
- Other _____

Section 3: Required signature from EMPLOYER

<i>I hereby certify the statements made herein are true and complete to the best of my knowledge, and I understand that their validity is one of the conditions of coverage.</i>		Date
Employee Name	Employer Company Name	
Employer Address		Employer Phone
Employer Representative: Print Name	Employer Representative: Signature	

**We're always careful with your personal information but emails are not always private or secure—keep this in mind before emailing.*

Formulario de verificación de empleador del cónyuge



Para el miembro: si su cónyuge está empleado pero no tiene seguro médico, su empleador debe completar este formulario. **Para el empleador:** por favor complete y **firmo este formulario** para que su empleado pueda inscribirse para cobertura a través de UNITE HERE HEALTH plan. Es posible que se le solicite a su empleado que se inscriba en la cobertura de atención médica grupal que usted ofrece primero para ser elegible bajo nuestro plan para la cobertura secundaria. *Para el empleado: use su teléfono para tomar una fotografía del formulario completado y envíela a managers@uhh.org

Sección 1: Para ser completado por el miembro de UNITE HERE HEALTH

Nombre del miembro _____ N° de identificación del miembro: _____

NOMBRE DEL CÓNYUGE (EMPLEADO) _____

Sección 2: Para ser completado por el empleador del cónyuge

Si su empleado no es elegible para la cobertura a través de su compañía, este formulario ayudará a confirmar su elegibilidad como dependiente bajo el plan UNITE HERE HEALTH. Se utilizará únicamente para efectos de la Gestión del Plan de Salud. *Por favor, marque todos los casilleros que correspondan para describir la cobertura y elegibilidad de este empleado.*

El empleado:

- Trabaja a tiempo completo
- Trabaja a tiempo parcial
- Es elegible y está inscripto para recibir beneficios; efectivo: ____/____/____

Este empleado no está cubierto:

- Trabajador independiente o contratista independiente
- Es elegible pero no está inscripto para recibir los beneficios ofrecidos (*renunció a los beneficios o no está inscripto por otra razón*)
- No se ofrecen beneficios de cuidados de salud a: Empleados de tiempo completo Empleados de tiempo parcial
- Se discontinuó el plan de salud del empleador y brindó pago o compensación adicional
- Se discontinuó el plan de salud del empleador y no brindó pago o compensación adicional
- Es un empleado nuevo en período de espera; será elegible para recibir cobertura a partir del _____
- Es empleado de tiempo parcial que no califica para recibir beneficios
- Es un empleado estacional/temporal/eventual que no califica para beneficios
- El empleador tiene menos de 50 empleados
- De licencia basada en:
 - Ley de Licencias Médicas y Familiares (FMLA)
 - Incapacidad temporal
 - Indemnización laboral (*fecha estimada de regreso al trabajo: ____/____/____*)
- Otro _____

Requisitos para que el empleado esté cubierto:

- Ser empleado de tiempo completo
- Ser empleado de tiempo parcia
- Pagar coprima
- Cumplir el período de espera
- Elegir o renunciar a la cobertura
- Otro _____

Sección 3: Firma requerida para el EMPLEADOR

Por la presente certifico que las declaraciones que figuran en el presente son verdaderas y completas a mi mejor saber y entender, y comprendo que su veracidad es una de las condiciones de cobertura.

Fecha

Nombre del empleado

Nombre de la empresa del empleador

Dirección del empleador

Teléfono del empleador

Representante del empleador: Nombre en letra de imprenta

Representante del empleador: Firma

配偶雇主核實表格



Atlantic City Casinos Plan 102
(888) 437-3480

致會員：如果您的配偶已受雇但沒有健康保險，則其雇主必須填寫此表格。**致雇主：**請填寫並簽署此表格，以便您的雇員根據 UNITE HERE HEALTH 計劃作為受養人進行投保。您的雇員可能需要先投保您提供的團體醫療保險，才能符合我們的第二投保計劃的資格。

***致雇員：**用您的手機對已填寫的表格拍照，並發送電子郵件至 docs@uhh.org

第 1 部分：由 UNITE HERE HEALTH 會員填寫

會員姓名 _____ 會員 ID 號碼 _____
配偶 (雇員) 姓名 _____

第 2 部分：由配偶的雇主填寫

如果您的雇員不符合透過貴公司投保的資格，此表格將有助於確認其根據 UNITE HERE HEALTH 計劃作為受養人進行投保的資格。此表格僅用於健康計劃管理之目的。請勾選最適合描述雇員保險和資格的所有方格。

此雇員的工作性質為：

- 全職
 兼職
 合資格且已登記領取福利；生效日期：____/____/____

此雇員未承保：

- 自雇或獨立承辦商
 合資格但未登記領取所提供的福利 (即，已放棄或因其他原因未投保)
 未提供給以下工作性質的醫療福利：全職 兼職
 雇主健康計劃已終止並且提供了額外付款或補償
 雇主健康計劃已終止並且未提供額外付款或補償
 處於等待期內的新雇員；將從以下日期開始符合保險資格 _____
 不符合福利資格的兼職雇員
 不符合福利資格的季節性/臨時/候命雇員
 雇主擁有少於 50 名雇員
 因以下原因離崗休假：
 美國《家庭和醫療休假法案》(FMLA)
 暫時喪失工作能力
 雇員補償/工傷假 (預計復工日期：____/____/____)
 其他 _____

雇員承保的要求：

- 全職
 兼職
 繳納共同保險費
 滿足等待期
 必須選擇或放棄保險
 其他 _____

第 3 部分：雇主的必需簽名

本人特此證明，據本人所知，此處作出的聲明是真實完整的，並且本人理解，其有效性是承保條件之一。		日期
雇員姓名	雇主公司名稱	
雇主地址	雇主電話	
雇主代表：正楷姓名	雇主代表：簽名	

*我們始終謹慎處理您的個人資料，但電子郵件並不總是私密或安全的——在發送電子郵件之前，請謹記這一點。