

Spousal Employer Verification Form



Atlantic City Casinos Plan 102

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. Your employee should return completed form to SISCO at <https://siscoeligibility.com>

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
- 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 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.

Date

Employee Name

Employer Company Name

Employer Address

Employer Phone

Employer Representative: Print Name

Employer Representative: Signature

Formulario de verificación de empleador del cónyuge



Atlantic City Casinos Plan 102

Para el empleador: por favor complete y firme 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. Su empleado debe devolver el formulario completo a SISCO: <https://siscoeligibility.com>

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
- 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 _____

Section 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