

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 **fírmelo 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 _____ Nº 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 parcial
- 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 _____