

# 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 **firmé 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](mailto: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 parcial
- ☐ 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	