

# Other Insurance Verification for Spouses



**To Member:** please complete and **sign this form** to confirm your spouse's eligibility for coverage through UNITE HERE HEALTH (UHH). If your spouse is entitled to group health plan coverage through their own employer (that has 50 or more employees and does not contribute to UHH), they must enroll for coverage through their employer's plan first. UHH will provide secondary coverage and benefits would be coordinated. If you don't provide the proper proof documents, your enrollment may be denied.

FOR INTERNAL USE:  
Approved:  Yes  No

## Section 1: Employee Information

Last Name	First	Middle	
Date of Birth (month-day-year)	SSN/MID #	Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	
Address	City	State	Zip
County	Cell Phone (    )	Home Phone (    )	
Email	Language Preference: <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Other:	Delivery Preference for Healthcare Communications: <input type="checkbox"/> Mail <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Text	

## Section 2: Spouse Information—Please fill all sections below

Last Name	First	Middle
Date of Birth (month-day-year)	SSN/MID #	Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female

### 2A: Is your spouse employed?—Choose one

**Yes: Employed** — Complete the employer information below.

Employer Name	Employer Address	Employer Phone
---------------	------------------	----------------

**Yes: Works for a Local 54 employer.**

**Yes: Self-Employed** — Present a copy of your most recent Tax Form 1040.

**No: Not Employed** — Provide a copy of the following: your most recent Tax Form 1040; letter from previous employer stating that spouse/partner has been laid off or let go or a copy of unemployment stubs; Social Security Disability Letter or copy of disability payment detail; leave of absence papers; or proof of recent entry to the United States.

### 2B: Does your spouse have other insurance coverage?—Choose one

<input type="checkbox"/> <b>Yes: Spouse has other insurance</b> —Complete the information below. Check all that apply.		<b>If your spouse's status changes</b> and they become eligible for other insurance, they must enroll and notify the Fund.
Insurance Company	Insurance Company Address	
Member ID #	Effective Date	
Coverage: <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Family <input type="checkbox"/> Medical <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Prescription <input type="checkbox"/> Vision		
Type: <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Other:		
<input type="checkbox"/> <b>No: Spouse has no other insurance</b> —Check all that apply below. <b>If spouse is employed, submit a signed Spousal Employer Verification Form.</b>		
<input type="checkbox"/> Self-employed or independent contractor <input type="checkbox"/> Eligible for company medical plan, but not enrolled <input type="checkbox"/> Covered under company plan; effective: <input type="checkbox"/> No medical coverage is offered by the employer	<input type="checkbox"/> Part-time employee; not eligible for coverage <input type="checkbox"/> Seasonal/temporary/on-call employee; not eligible <input type="checkbox"/> New employee in waiting period; eligible on: <input type="checkbox"/> Employer has less than 50 employees	<input type="checkbox"/> Employer health plan terminated and <b>DID NOT</b> receive additional payment or compensation <input type="checkbox"/> Employer health plan terminated and received additional payment or compensation <input type="checkbox"/> Other:

## Section 3: Required Signatures—Employee & Spouse

I hereby certify that the information I have provided on this spousal verification form is true and correct.

Print Employee Name	Employee Signature	Date
Print Spouse Name	Spouse Signature	Date

Use your phone to take a picture of completed form and email to [Managers@uhh.org](mailto:Managers@uhh.org) (we're always careful with your personal information but emails are not always private or secure—keep this in mind before emailing).

# Verificación de otro seguro para los cónyuges



AC Casinos 102: (888) 437-3480

**Para el miembro:** por favor complete y firme este formulario para confirmar la elegibilidad de su cónyuge para cobertura a través de UNITE HERE HEALTH (UHH). Si su cónyuge tiene derecho a la cobertura del plan de salud grupal a través de su propio empleador (que tiene 50 o más empleados y no contribuye a UHH), primero debe inscribirse para obtener cobertura a través del plan de su empleador. UHH brindará cobertura secundaria y se coordinarán los beneficios. Si no proporciona los documentos de prueba adecuados, su inscripción puede ser rechazada.

FOR INTERNAL USE:

Approved:  Yes  No

## Sección 1: Información sobre el empleado

Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	
Fecha de nacimiento (mes-día-año)	SSN/MID #	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Calle	Ciudad	Estado	Código postal
Condado	Celular ( )	Teléfono ( )	
Correo electrónico	Idioma de preferencia: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro:	Forma de entrega preferida para comunicaciones de salud: <input type="checkbox"/> Correo postal <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Texto	

## Sección 2: Información sobre el cónyuge—Por favor complete todas las secciones a continuación

Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	
Fecha de nacimiento (mes-día-año)	SSN/MID #	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	

### 2A: ¿Su cónyuge, está empleado/a?—Elige uno

**Sí: En caso sea empleado** — Complete la información del empleador a continuación.

Nombre del empleador	Dirección del empleador	Teléfono del empleador
----------------------	-------------------------	------------------------

**Sí: trabaja para un empleador de Local 54**

**Sí: Trabaja por cuenta propia** — Presentar una copia de su formulario de impuestos más reciente 1040.

**No: No empleado** — Proporcione una copia de lo siguiente: formulario de impuestos más reciente 1040; carta del empleador anterior indicando que su cónyuge/pareja ha sido despedido o bien se prescindió de sus servicios o una copia de los talonarios de desempleo; carta de discapacidad emitida por el Seguro Social o copia de los detalles de pago de discapacidad; permiso para ausentarse; o prueba de reciente ingreso a los Estados Unidos.

### 2B: ¿Tiene su cónyuge otra cobertura de seguro?—Elige uno

**Si el estado de su cónyuge cambia** y se vuelve elegible para otro seguro, debe inscribirse y notificar al Fondo.

**Sí, el cónyuge tiene otro seguro**— Complete la siguiente información. Marque todo lo que corresponda.

Compañía de Seguro	Dirección de la Compañía de Seguros	Teléfono de la Compañía de Seguros
Nº de identificación del miembro		Vigencia

Cobertura:  
 Individual  Familiar  Médico  Dental  Prescripción  Visión

Type:  
 HMO  PPO  POS  Medicare  Medicaid  Otro:

**No el cónyuge no tiene otro seguro**— Marque todo lo que corresponda. **Si el cónyuge está empleado, presente un Formulario de verificación de empleador conyugal firmado.**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Trabajador independiente o contratista independiente               | <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo parcial; no está elegible para cobertura  | <input type="checkbox"/> El plan de salud del empleador terminó y <b>NO</b> recibió pago adicional o compensación |
| <input type="checkbox"/> Elegible para el plan médico de la compañía, pero no está inscrito | <input type="checkbox"/> Empleado de temporada/temporal/de guardia; no está elegible | <input type="checkbox"/> El plan de salud del empleador terminó y recibió un pago o compensación adicional        |
| <input type="checkbox"/> Cubierto por el plan de la empresa; efectivo:                      | <input type="checkbox"/> Nuevo empleado en período de espera; elegible el:           | <input type="checkbox"/> Otro:  |
| <input type="checkbox"/> El empleador no ofrece cobertura médica                            | <input type="checkbox"/> El empleador tiene menos de 50 empleados                    |   |

## Sección 3: Firmas requeridas—Empleado y cónyuge

Certifico por medio que los datos que he proporcionado en este formulario de verificación del cónyuge son verdaderos y correctos.

Nombre del participante en letra de imprenta	Firma del participante	Fecha
Nombre del cónyuge en letra de imprenta	Firma del cónyuge	Fecha

Utilice su teléfono para tomar una fotografía del formulario completado y envíelo por correo electrónico a [Managers@uhh.org](mailto:Managers@uhh.org) (siempre somos cuidadosos con su información personal, pero los correos electrónicos no siempre son privados o seguros; tenga esto en cuenta antes de enviarlos).

# 針對配偶的其他保險核實

**致會員：**請填寫並簽署此表格，以確認您配偶透過 UNITE HERE HEALTH (UHH) 獲得保險保障的資格。如果您的配偶有權透過其自身雇主（擁有 50 名雇員或以上並且未向 UHH 供款）獲得團體健康計劃保險保障，則其必須先透過其雇主的計劃投保。UHH 將提供第二保險保障，並對福利進行協調。如果您不提供適當的證明文件，您的投保可能被拒絕。

供內部使用：  
已核准： 是  否

## 第 1 部分：雇員資料

姓氏	名字	中間名	
出生日期 (年-月-日)	社會安全號碼/會員 ID 號碼	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
地址	城市	州	郵遞區號
縣	手機號碼 ( )	家庭電話 ( )	
電子郵件	語言偏好： <input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> 西班牙語 <input type="checkbox"/> 其他：	醫療溝通的傳遞偏好： <input type="checkbox"/> 郵寄 <input type="checkbox"/> 電子郵件 <input type="checkbox"/> 短訊	

## 第 2 部分：配偶資料—請填寫以下所有部分

姓氏	名字	中間名	
出生日期 (年-月-日)	社會安全號碼/會員 ID 號碼	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	

### 2A: 您的配偶是否受雇？—請選擇一項

**是：受雇** — 請填寫以下雇主資料。

雇主姓名	雇主地址	雇主電話
------	------	------

**是：為 Local 54 雇主效力** — 呈遞您最新的稅表 1040 副本。

**是：自雇** — 呈遞您最新的稅表 1040 副本。

**否：未受雇** — 提供以下副本：您的最新稅表 1040；來自前雇主之說明配偶/伴侶已被裁員或解雇的信函，或失業證明文件副本；社會安全殘障信或殘障津貼付款細節副本；請假單；或近期入境美國之證明。

### 2B: 您的配偶是否擁有其他保險保障？—請選擇一項

**如果您配偶的狀況發生變化** 並且他們變得符合其他保險的資格，則他們必須投保並通知該基金。

**是：配偶擁有其他保險** — 請填寫以下資料。勾選所有適用項。

保險公司	保險公司地址	保險公司電話
會員 ID 號碼	生效日期	

保險保障：  
 單人  家庭  醫療  牙科  處方藥  眼科

類型：  
 HMO  PPO  POS  Medicare  Medicaid  其他：

**否：配偶沒有其他保險** — 勾選以下所有適用項。如果您的配偶已受雇，請提交已簽名的配偶雇主核實表格。

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 自雇或獨立承辦商         | <input type="checkbox"/> 兼職雇員；不符合保險資格       | <input type="checkbox"/> 雇主健康計劃已終止並且未獲得額外付款或補償 |
| <input type="checkbox"/> 符合公司醫療計劃的資格，但未投保 | <input type="checkbox"/> 季節性/臨時/候命雇員；不符合資格  | <input type="checkbox"/> 雇主健康計劃已終止並且獲得了額外付款或補償 |
| <input type="checkbox"/> 受公司計劃承保；生效：      | <input type="checkbox"/> 處於等待期內的新雇員；符合資格日期： | <input type="checkbox"/> 其他：                   |
| <input type="checkbox"/> 雇主未提供醫療保險        | <input type="checkbox"/> 雇主擁有少於 50 名雇員      |  |

## 第 3 部分：必需簽名—雇員和配偶

本人特此證明，本人在此配偶核實表格上提供的資訊都是真實準確的。

正楷雇員姓名	員工簽名	日期
正楷配偶姓名	配偶簽名	日期

用您的手機對已填寫的表格拍照，並發送電子郵件至 [Managers@uhh.org](mailto:Managers@uhh.org) (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)。