Other Insurance Verification for Spouses

UNITE HERE HEALTH

AC Casinos 102: ***(888) 437-3480***

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: ❑ Male ❑ Female	
Address	City	State	Zip
County	Cell Phone ( )	Home Phone ( )	
Email	Language Preference: ❑ English ❑ Spanish ❑ Other:	Delivery Preference for Healthcare Communications: ❑ Mail ❑ Email ❑ Text	

Section 2: Spouse Information—Please fill all sections below

Last Name	First	Middle
Date of Birth *(month-day-year)*	SSN/MID #	Gender: ❑ Male ❑ 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

If your spouse's status changes and they become eligible for other insurance, they must enroll and notify the Fund.

❑ ***Yes: Spouse has other insurance***—*Complete the information below. Check all that apply.*

Insurance Company	Insurance Company Address	Insurance Company Phone
Member ID #		Effective Date

Coverage:
❑ Single ❑ Family ❑ Medical ❑ Dental ❑ Prescription ❑ Vision

Type:
❑ HMO ❑ PPO ❑ POS ❑ Medicare ❑ Medicaid ❑ Other:

❑ ***No: Spouse has no other insurance***—*Check all that apply below.* ***If spouse is employed, submit a signed Spousal Employer Verification Form.***

- ❑ Self-employed or independent contractor
- ❑ Eligible for company medical plan, but not enrolled
- ❑ Covered under company plan; effective:
- ❑ No medical coverage is offered by the employer
- ❑ Part-time employee; not eligible for coverage
- ❑ Seasonal/temporary/on-call employee; not eligible
- ❑ New employee in waiting period; eligible on:
- ❑ Employer has less than 50 employees
- ❑ Employer health plan terminated and **DID NOT** receive additional payment or compensation
- ❑ Employer health plan terminated and received additional payment or compensation
- ❑ 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** *(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

UNITE HERE HEALTH

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: ❑Masculino ❑Femenino	
Calle	Ciudad	Estado	Código postal
Condado	Celular ( )	Teléfono ( )	
Correo electrónico	Idioma de preferencia: ❑Inglés ❑Español ❑Otro:	Forma de entrega preferida para comunicaciones de salud: ❑Correo postal ❑Correo electrónico ❑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: ❑Masculino ❑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.***

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

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** *(siempre somos cuidadosos con su información personal, pero los correos electrónicos no siempre son privados o seguros; tenga esto en cuenta antes de enviarlos).*