

[FULLNAMEUPPER]
[ADDRESS] [ADDRESS2]
[CITY] [STATE] [ZIP]

Sept. 1, 2023

ACTION REQUIRED:

**Submit documents for dependents
to SISCO by Oct. 31, 2023
or your dependents lose coverage!**

Dear [FIRSTNAME],

Recently, you received letters from your union's health fund—UNITE HERE HEALTH ("the Fund")—about our organization, SISCO, and the audit we're conducting to make sure only eligible dependents are using benefits.

You MUST submit required proof documents (birth certificate, marriage certificate, tax forms, etc.) for your dependents by Tuesday, October 31, 2023, so we can make sure your dependents are eligible for health coverage through the UNITE HERE HEALTH benefit plan.

Dependent eligibility is not always easy to understand so we are here to help. Complete this important process to avoid delays or denials of future claims for your dependents.

In this packet, you'll find:

- **Your Audit ID Code: ([PARTICIPANTID]).** – WRITE THIS NUMBER DOWN IN A SAFE PLACE.
- **Health Form Plan Information Update (form)** – MAKE SURE ALL INFORMATION IS CORRECT AND MAKE CHANGES, IF NECESSARY.
- **Other Insurance Verification for Spouses (form)** – IF YOU'RE MARRIED, YOU MUST SUBMIT THIS FORM.
 - **PLEASE NOTE:** If your spouse is entitled to group health plan coverage through their own employer, they must enroll for coverage through their employer's plan. Your spouse MUST take that coverage first and the Fund will pay as a secondary payer. Benefits would then be coordinated. In place since 2013, this rule helps protect the money set aside for your healthcare expenses.
- **Spousal Employer Verification (form)** – IF YOU'RE MARRIED AND YOUR SPOUSE IS EMPLOYED, YOUR SPOUSE MUST GET THEIR EMPLOYER'S SIGNATURE ON THIS FORM.

- **Document List**
 - This list shows you what documents are required to make sure your dependents are eligible. There are resources listed to help you get copies of documents if you cannot find them.
- **Sample of Tax Return** – YOU MUST SUBMIT A COPY OF YOUR TAX RETURN.

Please note: Failure to provide the required documents and complete information may result in the loss of healthcare coverage (insurance) for your dependents.

Complete these Steps:

1. Read the enclosed instructions and forms. If you need help understanding any of these materials, contact SISCO directly:

(833) 560-8255
Monday-Thursday 8am-8pm (Eastern)
Friday, 8am-5pm (Eastern)
2. **Note your unique Audit ID Code: ([PARTICIPANTID]). You will need this to submit your documents.**
3. Collect copies of all required documents listed in the **Health Form Plan Information Update**. (Do not send original birth/marriage certificates; only send copies because these documents will be shredded to protect your privacy.)
4. Complete and submit the attached **Health Form Plan Information Update** along with other applicable forms and documents to SISCO. You have 3 ways to submit the information:



a. Take photos of documents using your smart phone and upload them securely **online** at: <https://siscoeligibility.com>

- Enter your last name, Audit ID Code, and your date of birth.
- Once you have uploaded your dependent documentation, you will receive confirmation of a successful upload.

b. Or **fax** the form and documents to (563) 587 – 6721.

c. Or complete the forms and **mail** in the enclosed postage paid envelope to:

ATTN: Eligibility Audit
P.O. Box 389, Dubuque, IA
52004-0389

This information you must submit is very personal, and your privacy is important. The information you submit will be used only to determine eligibility of your dependents covered on the health plan. We ask for your prompt cooperation and assure you that all documents will be scanned into our secure imaging and data center. All paper documents will be shredded. **Throughout this process, SISCO will safeguard your confidential information!**

Please Note: The documentation requirements listed are for an initial verification; if additional documentation is needed, SISCO will follow up individually.

Reminders:

All documents are due Tuesday, October 31, 2023. To make sure your documents have been submitted successfully, visit <https://siscoeligibility.com>

- Web site or Fax: allow 48 hours for processing
- Mail: allow 7-10 days for processing

The purpose of this audit is to protect the money your union and employer negotiated for healthcare expenses. When the wrong people (ineligible dependents) use Fund benefits, benefits cost more for you and everyone else.

Make sure your dependent(s) qualify for the health coverage administered by UNITE HERE HEALTH and submit all documents by Tuesday, October 31, 2023.

Please note: Failure to provide the required documents and complete information may result in the loss of healthcare coverage (insurance) for your dependents.

Best Regards,

SISCO

(833) 560-8255

Enclosures

SISCO (BENEFITS) | 833 Main Street | PO BOX 389 | Dubuque, IA 52004-0389 | (833) 560-8255 | Fax (563) 587-6721

SECTION I – EMPLOYEE INFORMATION AND COVERAGE

Name (First, MI, Last) [FULLNAMEUPPER]				Email Address	
Address (Street, City, State, Zip)				Telephone (Home and Cell)	Alternate or Preferred Number?
Marital Status	☐ Married	☐ Single	☐ Divorced	☐ Legally Separated	☐ Widow/Widower
Audit Number/Web Log-In: [PARTICIPANTID]		Employee Sex: ☐ Male ☐ Female		Employee Date of Birth	Division:

SECTION II – DEPENDENT INFORMATION

Name (First, MI, Last)	Relationship	Social Security # <i>The collection of SSN for all dependents is required</i>	Date of Birth	Gender
Spouse (Marriage Certificate, spousal coverage statement and 2022 tax return (listing filing status))	☐ Spouse			☐ M ☐ F
Dependent (Birth Certificate (listing parent's names))	☐ Natural/Adopted ☐ Step Child ☐ Foster Child ☐ Other			☐ M ☐ F
Dependent (Birth Certificate (listing parent's names))	☐ Natural/Adopted ☐ Step Child ☐ Foster Child ☐ Other			☐ M ☐ F
Dependent (Birth Certificate (listing parent's names))	☐ Natural/Adopted ☐ Step Child ☐ Foster Child ☐ Other			☐ M ☐ F
Dependent (Birth Certificate (listing parent's names))	☐ Natural/Adopted ☐ Step Child ☐ Foster Child ☐ Other			☐ M ☐ F

SECTION III – LEGAL PROVISIONS For dependents listed in section II

1) Is your spouse currently employed?	☐ Yes	☐ No	If YES, please complete the enclosed "Spousal Employer Verification Form"
2) Do your spouse and all enrolled children reside with you more than 6 months of the year?	☐ Yes	☐ No	If not, list who does not;
3) Does a divorce decree/court order assign responsibility for health coverage or grant tax exemption rights for any enrolled dependent? Note this responsibility/right may be assigned to you or your spouse. It may also be assigned to the ex-spouse of you or your spouse. ☐ Yes, a legal order exists with one of these parties IF YES, attach a copy of the Decree or Court Order to this form ☐ No order exists			

SECTION IV – SIGNATURE TO VERIFY ACCURACY

The above information is complete and true to the best of my knowledge. I understand that falsification by me will allow the Plan Administrator to recover payments made, cancel my coverage, and/or refuse payment of claims.

Employee Signature	Date
--------------------	------

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.

Return the signed form(s) to SISCO with the required proof documents (birth/marriage certificates, tax form, etc.) at <https://siscoeligibility.com>

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: 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

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

Spousal Employer Verification Form

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

Document List:

Important: SISCO will not return documents you provide. You should only send copies of any official documents you are required to submit.

Dependent	Required Documentation <i>Note: Please provide all documents listed below:</i>	Resources to Obtain Documentation
Dependent Spouse	- Marriage Certificate - The portion of your 2022 Federal Tax Return that lists your filing status. See sample below. Note: you can blacken Social Security numbers and financial information as this does not relate to this audit - Other Insurance Verification for Spouses Form - Spousal Employer Verification Form (submit this if your spouse is employed)	- County office that issued original marriage certificate www.cdc.gov/nchs/w2w.htm www.vitalchek.com
Dependent child by birth	Birth Certificate (must include parents' names), and/or copies of any court orders, divorce decrees or other legal documents relating to custody or health coverage	- County office that issued original birth certificate - Hospital in which child was born - U.S. Department of State (for children born outside of the U.S.) www.cdc.gov/nchs/w2w.htm www.vitalchek.com
Step Child	- Birth certificate (must include parents' names), - Marriage certificate 2022 tax return (listing filing status)	- County office that issued original birth certificate www.vitalchek.com www.irs.gov
Dependent child related to employee	- Birth Certificate (must include parents' names), and/or copies of any court orders, divorce decrees or other legal documents relating to custody, health coverage - The portion of your 2022 Federal Tax Return that lists claimed dependents. <i>Note: you can blacken-out confidential financial information as this does not relate to this audit.</i>	- County office that issued original birth certificate - Hospital in which child was born - U.S. Department of State (for children born outside of the U.S.) www.cdc.gov/nchs/w2w.htm www.vitalchek.com - State Agency that issued custody/guardianship papers

Sample of Tax Return:

Form 1040 Department of the Treasury—Internal Revenue Service (99)

U.S. Individual Income Tax Return

OMB No. 1545-0047 IRS Use Only—Do not write or staple in this space.

For the year Jan. 1–Dec. 31, 1, or other tax year beginning , ending .

Your first name and initial Last name

If a joint return, spouse's first name and initial Last name

Home address (number and street), if you have a P.O. box, see instructions. Apt. no.

City, town or post office, state, and ZIP code. If you have a foreign address, also complete spaces below (see instructions).

Foreign country name Foreign province/state/county Foreign postal code

Filing Status

1 ☐ Single

2 ☐ Married filing jointly (even if only one had income)

3 ☐ Married filing separately. Enter spouse's SSN above and full name here. ▶

4 ☐ Head of household (with qualifying person). (See instructions.) If the qualifying person is a child but not your dependent, enter this child's name here. ▶

5 ☐ Qualifying widow(er) (see instructions)

Exemptions

6a ☐ Yourself. If someone can claim you as a dependent, do not check box 6a.

b ☐ Spouse

c Dependents:

(1) First name Last name (2) Dependent's social security number (3) Dependent's relationship to you (4) ☐ If child under age 17 qualifying for child tax credit (see instructions)

If more than four dependents, see instructions and check here ▶ ☐

d Total number of exemptions claimed

Boxes checked on 6a and 6b:

No. of children on 6c who:

• lived with you

• did not live with you due to divorce or separation (see instructions)

Dependents on 6c not entered above

Add numbers on lines above ▶ ☐

Who can I call for help?

SISCO
(833) 560-8255

Monday-Thursday 8am-8pm (Eastern)
Friday, 8am-5pm (Eastern)

[FULLNAMEUPPER]
[ADDRESS] [ADDRESS2]
[CITY] [STATE] [ZIP]

1 de septiembre de 2023

ACCIÓN REQUERIDA:

Presentar los documentos requeridos a SISCO de TODOS los dependientes antes del martes, 31 de octubre de 2023, o sus dependientes perderán su cobertura!

Estimado [FIRSTNAME],

Recientemente, usted recibió cartas del fondo de salud de su sindicato -UNITE HERE HEALTH ("el Fondo")- sobre nuestra organización, SISCO, y la auditoría que llevamos a cabo para asegurarnos de que solo dependientes elegibles estén inscritos para beneficios.

Usted DEBE presentar los documentos requeridos (certificado de nacimiento, certificado de matrimonio, formularios de impuestos, etc.) para sus dependientes antes del martes 31 de octubre de 2023, para que podamos asegurarnos de que sus dependientes son elegibles para la cobertura de salud a través del plan de beneficios UNITE HERE HEALTH.

La elegibilidad de los dependientes no siempre es fácil de entender, así que estamos aquí para ayudarle. Complete este importante proceso para evitar retrasos o negaciones de futuras solicitudes para sus dependientes.

En este paquete encontrará:

- **Su código de identificación de la auditoría:** **[[PARTICIPANTID]]**. - ANOTE ESTE NÚMERO EN UN LUGAR SEGURO.
- **Formulario de Actualización de la Información del Plan de Salud (formulario)** - ASEGÚRESE DE QUE TODA LA INFORMACIÓN ES CORRECTA Y REALICE LOS CAMBIOS NECESARIOS.
- **Verificación de Otro Seguro para Cónyuges (formulario)** - SI ESTÁ CASADO, DEBE PRESENTAR ESTE FORMULARIO.
 - **TENGA EN CUENTA:** Si su cónyuge es elegible para la cobertura del plan de salud grupal a través de su propio empleador, deben inscribirse en la cobertura a través del plan de su empleador. Su cónyuge DEBE usar esa cobertura primero y el Fondo será el pagador secundario. Entonces se coordinarían los beneficios. Vigente desde 2013, esta regla ayuda a proteger el dinero reservado para sus gastos médicos.

- **Verificación de Empleo de su Cónyuge (formulario)** – SI ESTÁ CASADO Y SU CÓNYUGE TRABAJA, EL EMPLEADOR DE SU CÓNYUGE DEBE FIRMAR ESTE FORMULARIO.
- **Lista de Documentos**
 - Esta lista le indica qué documentos son necesarios para asegurarse de que sus dependientes cumplen los requisitos. Existen recursos que le ayudarán a obtener copias de los documentos si no los encuentra.
- **Ejemplo de Declaración de Impuestos** - DEBE PRESENTAR UNA COPIA DE SU DECLARACIÓN DE IMPUESTOS.

Nota: Si no provee los documentos requeridos y la información completa, puede perder la cobertura médica (seguro) de sus dependientes.

Complete estos Pasos:

1. Lea las instrucciones y los formularios adjuntos. Si necesita ayuda para entender alguno de estos materiales, contacte a SISCO directamente:

(833) 560-8255

Lunes a jueves, de 5am a 5pm (hora del Pacífico)

Viernes, de 5am a 2pm (hora del Pacífico)

2. **Anote su Código Único de Identificación de Auditoría:** **[[PARTICIPANTID]]**. **Lo necesitará para presentar sus documentos.**
3. Obtenga copias de todos los documentos requeridos listados en el **Formulario de Actualización de la Información del Plan de Salud**. (No envíe certificados de nacimiento/matrimonio originales; envíe sólo copias porque estos documentos serán destruidos para proteger su privacidad).
4. Complete y envíe a SISCO el **Formulario de Actualización de la Información del Plan de Salud** adjunto junto con otros formularios y documentos aplicables. Tiene 3 formas de presentar la información:



a. Tome fotos de los documentos con su smartphone y súbalas por **internet** de forma segura en: <https://siscoeligibility.com>.

- Ingrese su(s) apellido(s), el código de identificación de la auditoría y su fecha de nacimiento.
- Una vez que haya subido la documentación del dependiente, recibirá una confirmación de que se subió correctamente.

b. O envíe el formulario y los documentos **por fax** al (563) 587 - 6721.

- c. O complete los formularios y **envíelos por correo** en el sobre franqueado adjunto a:
- ATTN: Eligibility Audit
P.O. Box 389, Dubuque, IA
52004-0389

Esta información que debe enviar es muy personal y su privacidad es importante. La información que envíe se utilizará únicamente para determinar la elegibilidad de sus dependientes cubiertos por el plan de salud. Le pedimos su pronta cooperación y le aseguramos que todos los documentos serán escaneados en nuestro centro seguro de imágenes y datos. Todos los documentos impresos serán triturados. **Durante todo este proceso, SISCO protegerá su información confidencial.**

Nota: Los requisitos de documentación listados son para una verificación inicial; si se necesita documentación adicional, SISCO hará un seguimiento individual.

Recordatorios:

Todos los documentos deben presentarse antes del martes 31 de octubre de 2023. Para asegurarse de que sus documentos se han presentado correctamente, visite <https://siscoeligibility.com>.

- Página web o fax: el plazo de tramitación es de 48 horas
- Correo: el plazo de tramitación es de 7-10 días

El objetivo de esta auditoría es proteger el dinero que su sindicato y su empresa negociaron para los gastos médicos. Cuando las personas equivocadas (dependientes que no reúnen los requisitos) utilizan los beneficios del Fondo, éstas le cuestan más a usted y a todos los demás.

Asegúrese de que su(s) dependiente(s) cumple(n) los requisitos para la cobertura médica administrada por UNITE HERE HEALTH y presente todos los documentos antes del martes 31 de octubre de 2023.

Nota: Si no provee los documentos requeridos y la información completa, puede perder la cobertura médica (seguro) de sus dependientes.

Saludos cordiales,

SISCO
(833) 560-8255
Anexos

Formulario de Actualización de la Información del Plan de Salud

SECCIÓN I - INFORMACIÓN Y COBERTURA DEL EMPLEADO

Nombre (Nombre, Segunda Inicial, Apellido) [FULLNAMEUPPER]		Dirección de Correo Electrónico	
Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)		Teléfono (Fijo y Móvil)	¿Número Alternativo o Preferido?
Estado Civil	☐ Casado(a)	☐ Soltero(a)	☐ Divorciado(a)
	☐ Legalmente Separado(a)	☐ Viudo(a)	
Número de Auditoría/Inicio de Sesión Web: [PARTICIPANTID]	Sexo del Empleado: ☐ Masculino ☐ Femenino	Fecha de Nacimiento del Empleado	División:

SECCIÓN II - INFORMACIÓN SOBRE LOS DEPENDIENTES

Nombre (Nombre, Segunda Inicial, Apellido)	Relación	Número de Seguro Social <i>Se requiere el número de Seguro Social de todos los dependientes</i>	Fecha de Nacimiento	Género
Cónyuge (Certificado de Matrimonio, declaración de cobertura del cónyuge y declaración de impuestos de 2022 (indicando el estado civil))	☐ Cónyuge			☐ M ☐ F
Dependiente (Certificado de Nacimiento con los nombres de los padres)	☐ Natural/Adoptado ☐ Hijastro(a) ☐ Hijo(a) de Acogida (Foster) ☐ Otro			☐ M ☐ F
Dependiente (Certificado de Nacimiento con los nombres de los padres)	☐ Natural/Adoptado ☐ Hijastro(a) ☐ Hijo(a) de Acogida (Foster) ☐ Otro			☐ M ☐ F
Dependiente (Certificado de Nacimiento con los nombres de los padres)	☐ Natural/Adoptado ☐ Hijastro(a) ☐ Hijo(a) de Acogida (Foster) ☐ Otro			☐ M ☐ F
Dependiente (Certificado de Nacimiento con los nombres de los padres)	☐ Natural/Adoptado ☐ Hijastro(a) ☐ Hijo(a) de Acogida (Foster) ☐ Otro			☐ M ☐ F

SECCIÓN III - DISPOSICIONES JURÍDICAS Para los dependientes enumerados en la sección II

1) ¿Trabaja actualmente su cónyuge?	☐ Sí	☐ No	
2) ¿Residen su cónyuge y todos los hijos inscritos con usted más de 6 meses al año?	☐ Sí	☐ No	Si no, indique quién no vive con usted al menos 6 meses al año;
3) ¿Un decreto de divorcio/orden judicial asigna la responsabilidad de la cobertura médica o concede derechos de exención fiscal para cualquier dependiente inscrito? Tenga en cuenta que esta responsabilidad/derecho puede asignarse a usted o a su cónyuge. También puede asignarse a su excónyuge o a su cónyuge.			
☐ Sí, existe una orden judicial para alguna de estas personas. <i>SI LA RESPUESTA ES SÍ, adjunte una copia del Decreto u Orden Judicial.</i> ☐ No existe una orden			

SECCIÓN IV - FIRMA PARA VERIFICAR LA EXACTITUD DE LA INFORMACIÓN

Según mi conocimiento, la información anterior es completa y verídica. Entiendo que la falsificación por mi parte le permitirá al Administrador del Plan recuperar los pagos efectuados, cancelar mi cobertura y/o rechazar el pago de reclamos.

Firma del Empleado	Fecha
---------------------------	--------------

Verificación de otros seguros para los cónyuges

Para el miembro: por favor complete y **firmé 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.

Devuelva los formularios firmados a SISCO con los documentos de prueba requeridos
(certificados de nacimiento/matrimonio, formulario de impuestos, etc.) en <https://siscoeligibility.com>

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 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

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

Formulario de verificación de empleador del cónyuge

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 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

Lista de Documentos:

Importante: SISCO no devolverá los documentos que usted proporcione. Sólo debe enviar copias de los documentos oficiales que deba presentar.

Dependiente	Documentación Necesaria <i>Nota: Presente todos los documentos que se indican a continuación:</i>	Recursos para Obtener la Documentación
Cónyuge Dependiente	- Certificado de Matrimonio - La parte de su Declaración de Impuestos Federales de 2022 en la que figura su estado civil. Vea el ejemplo a continuación. Nota: puede tachar los números de Seguro Social y la información financiera, ya que no están relacionados con esta auditoría. - Formulario de Verificación de Otro Seguro para Cónyuges - Formulario de Verificación de Empleo de su Cónyuge (presente esto si su cónyuge trabaja)	- Oficina del condado que expidió el certificado de matrimonio original http://www.cdc.gov/nchs/w2w.htm www.vitalchek.com
Hijo dependiente por nacimiento	Certificado de Nacimiento (debe incluir los nombres de los padres), y/o copias de cualquier orden judicial, decreto de divorcio u otros documentos legales relacionados con la custodia o cobertura médica.	- Oficina del condado que expidió el certificado de nacimiento original - Hospital en el que nació el niño - Departamento de Estado de EE.UU. (para niños nacidos fuera de EE.UU.) http://www.cdc.gov/nchs/w2w.htm www.vitalchek.com
Hijastro(a)	- Certificado de nacimiento (debe incluir los nombres de los padres), - Certificado de matrimonio - Declaración de impuestos de 2022	- Oficina del condado que expidió el certificado de nacimiento original www.vitalchek.com www.irs.gov
Hijo dependiente del trabajador	- Certificado de nacimiento (debe incluir los nombres de los padres), y/o copias de cualquier orden judicial, decreto de divorcio u otros documentos legales relacionados con la custodia, cobertura médica - La parte de la Declaración de Impuestos Federal de 2022 en la que figuran los dependientes declarados. <i>Nota: puede tachar la información financiera confidencial, ya que no está relacionada con esta auditoría.</i>	- Oficina del condado que expidió el certificado de nacimiento original - Hospital en el que nació el niño - Departamento de Estado de EE.UU. (para niños nacidos fuera de EE.UU.) http://www.cdc.gov/nchs/w2w.htm www.vitalchek.com - Agencia Estatal que expidió los documentos de custodia/tutela

Ejemplo de Formulario Fiscal:

Form 1040 Department of the Treasury—Internal Revenue Service (99)

U.S. Individual Income Tax Return CMB No. 15-45-0074 IRS User Only—Do not write or staple in this space.

For the year Jan. 1–Dec. 31, or other tax year beginning . . . , ending . . .

Your first name and initial . . . Last name . . .

Your social security number . . .

If a joint return, spouse's first name and initial . . . Last name . . .

Spouse's social security number . . .

Home address (number and street), if you have a P.O. box, see instructions. . . Apt. no. . .

City, town or post office, state, and ZIP code. If you have a foreign address, also complete spaces below (see instructions).

Foreign country name . . . Foreign province/state/county . . . Foreign postal code . . .

Filing Status

1 ☐ Single

2 ☐ Married filing jointly (even if only one had income)

3 ☐ Married filing separately. Enter spouse's SSN above and full name here. ▶

4 ☐ Head of household (with qualifying person). (See instructions.)

5 ☐ Qualifying widow(er) (see instructions)

Exemptions

6a ☐ Yourself. If someone can claim you as a dependent, do not check box 6a.

b ☐ Spouse

c Dependents:

(1) First name	Last name	(2) Dependent's social security number	(3) Dependent's relationship to you	(4) ✓ if child under age 17 qualifying for child tax credit (see instructions)
				☐
				☐
				☐
				☐

d Total number of exemptions claimed . . .

Boxes checked on 6a and 6b:

No. of children on 6c who:

- lived with you
- did not live with you due to divorce or separation (see instructions)

Dependents on 6c not entered above

Add numbers on lines above ▶

¿A quién puedo pedir ayuda?

SISCO
(833) 560-8255

Lunes a jueves, de 5am a 5pm (hora del Pacífico)
Viernes, de 5am a 2pm (hora del Pacífico)