

Spousal Employer Verification Form



Atlantic City Casinos Plan 102
(888) 437-3480

To Member: if your spouse is employed but doesn't have health insurance, their employer must complete this 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.

***To Employee:** use your phone to take a picture of completed form and email it to **docs@uhh.org**

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
- ☐ Employer has less than 50 employees
- ☐ 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

**We're always careful with your personal information but emails are not always private or secure—keep this in mind before emailing.*

Formulario de verificación de empleador del cónyuge



Atlantic City Casinos Plan 102
(888) 437-3480

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 por correo **docs@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 _____

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	

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