

Formulario de Verificación de Cobertura Conyugal

sección 1

Nombre del miembro	<input type="radio"/> masculino <input type="radio"/> femenino	Fecha de nacimiento	Número de seguro social o ID del titular de la póliza
Nombre del cónyuge	<input type="radio"/> masculino <input type="radio"/> femenino	Fecha de nacimiento	Número de seguro social del cónyuge
Dirección			
Número de teléfono del miembro	Número de teléfono del cónyuge	Fecha del matrimonio	

sección 2

Información de empleo del cónyuge

¿Su cónyuge trabaja en relación de dependencia?

- Sí, pero no está inscrito en la cobertura médica en este momento. (Complete esta sección [2] y la sección 4 y sección 6).
 Sí y actualmente tiene cobertura médica mediante el empleador. (Complete esta sección [2] y la sección 5 y sección 6).
 No o autónomo. (Complete la sección 3 y la sección 6).

Nombre del empleador del cónyuge	Fecha de contratación	Posición actual	Número de teléfono del empleador del cónyuge
----------------------------------	-----------------------	-----------------	--

Dirección del empleador del cónyuge

sección 3

Al firmar a continuación, certifico que mi cónyuge no está empleado o es autónomo y no es elegible para otro seguro. Entiendo que mi firma debajo de esta parte del formulario debe estar certificada por un notario público en cada presentación anual.

Notario público: Estampe aquí el sello

Firma del miembro

Firma del notario público o firma del empleado de la Oficina de Welfare Fund

Fecha

Fecha

sección 4

Debe completarla el empleador del cónyuge (Si no está inscrito en una cobertura médica)

- El empleador no ofrece cobertura médica a este individuo.
 Este individuo no es elegible para la cobertura médica conforme al plan del empleador por el siguiente motivo (por ejemplo, condición de empleado de media jornada):
 Este empleado puede recibir cobertura médica, pero debe pagar el 100 % de las primas y no recibe ninguna clase de crédito para el costo de la cobertura médica ni de los medicamentos recetados.
 Este empleado puede recibir cobertura médica. Este empleado declinó la cobertura y no se inscribió.
Última fecha en la que el empleado era elegible para inscribirse: _____. **La fecha más próxima en la que el empleado puede inscribirse para la cobertura médica es: _____.**

El empleado puede recibir cobertura médica luego del vencimiento del período de espera. Vencimiento del período de espera:

Este individuo no es elegible para la cobertura médica hasta la inscripción abierta anual.

La inscripción abierta empieza: _____ Fecha de vigencia de la cobertura de seguro: _____

Nombre y número de teléfono de la aseguradora: _____.

Certifico por la presente que el cónyuge del participante mencionado en este formulario es un empleado del empleador previamente mencionado. Asimismo, certifico que la verificación de la certificación previa es verdadera.

Nombre del representante del empleador

Puesto

Firma del representante del empleador

Fecha

continúa

Formulario de Verificación de Cobertura Conyugal

Otra información de seguro del cónyuge

sección 5

Clase de póliza: <input type="radio"/> Empleador <input type="radio"/> Medicaid <input type="radio"/> Medicare <input type="radio"/> Tricare <input type="radio"/> Jubilado activo <input type="radio"/> Jubilado inactivo <input type="radio"/> COBRA <input type="radio"/> Beneficios de los veteranos		
Nombre del otro seguro		Número de póliza del otro seguro
Número de grupo del otro seguro	Número de teléfono del otro seguro	Fecha de vigencia
Dirección del otro seguro		
Clase de cobertura conforme a la póliza <input type="radio"/> Individual <input type="radio"/> Familiar	Coberturas (marque todas las que correspondan) <input type="radio"/> Médica <input type="radio"/> Hospitalaria <input type="radio"/> Dental <input type="radio"/> Visión <input type="radio"/> Salud mental o abuso de sustancias <input type="radio"/> Medicamentos recetados	
Si su cónyuge tiene Medicare, complete lo siguiente:		
Fecha de vigencia Parte A _____	Fecha de cancelación Parte A _____	
Fecha de vigencia Parte B _____	Fecha de cancelación Parte B _____	

Certificación de declaración verdadera

sección 6

Certifico que toda la información contenida en este formulario es exacta y completa según mi saber y entender. Si la situación laboral de mi cónyuge cambia o si ya no califica como persona dependiente conforme a UFCW Local 655 Welfare Fund, me comunicaré con la Oficina del Fondo dentro de un período de 30 días. Autorizo por la presente a mi empleador a revelar al Fondo la información sobre el plan de seguro de salud de mi empleador y sobre la elegibilidad para la cobertura conforme a ese Plan. Entiendo que esta autorización estará vigente en la medida que sea elegible para los beneficios conforme al Fondo. Entiendo que el propósito y el alcance de esta autorización es permitirle al Fondo verificar con mi empleador si soy elegible para cobrar u obtener cobertura conforme al plan de salud del empleador.

Firma del miembro

Fecha

Firma del cónyuge

Fecha

Normas especiales para la cobertura de su cónyuge

- Si su cónyuge es empleado, necesitará completar y presentar este Formulario de verificación de la cobertura conyugal. Se requiere este formulario todos los años a fines de mantener la cobertura de su cónyuge.
- Si su cónyuge tiene otra cobertura médica o para medicamentos recetados a disposición mediante el empleador y el empleador de su cónyuge subsidia una parte del costo, su cónyuge debe elegir la cobertura conforme al plan del empleador. Si su cónyuge no elige la cobertura conforme al plan del empleador, su cónyuge no estará cubierto conforme al plan de Welfare Fund.

Presente este formulario por alguno de los siguientes medios:

- (de preferencia)
- 1** Ingrese al portal de participante www.655hw.org y envíe el formulario directamente al archivo de Welfare Fund mediante la característica "FORM UPLOAD" (carga del formulario)
 - 2** Fax: 314.966.9848
 - 3** Correo postal:
UFCW LOCAL 655 WELFARE FUND
300 Weidman Road, Suite A
Ballwin, Missouri 63011