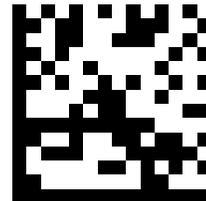




State of Utah  
Department of Workforce Services  
**INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO DE  
SALUD DEL EMPLEADOR**



D11120900140102

**Nombre en el Caso:** \_\_\_\_\_ **Nº de Caso:** \_\_\_\_\_

- Debe completar este formulario para cada miembro del hogar que está empleado. El formulario debe ser llenado o el representante de Recursos Humanos o del departamento de su empleador que administra los beneficios de empleados. Puede copiar este formulario.
- Es posible que necesitemos la información de este formulario para ayudar a determinar su elegibilidad para ciertos programas médicos. Si no se completa el formulario, puede retrasar el proceso. Si tiene preguntas generales sobre este formulario o los programas médicos, llame al 1-866-435-7414.

### A. Información del Empleado

Nombre del Empleado: \_\_\_\_\_ Nº de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Primer Nombre      Inicial de 2º Nombre      Apellido

### B. Información del Empleador

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_

Nº EIN: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle      Nº de Dept.      Ciudad      Estado      Código Postal

Ingrese la información de la persona o departamento que administra los beneficios de los empleados y puede proporcionar información sobre los beneficios y la cobertura del plan de seguro de salud del empleador. Es posible que necesitemos contactar a esta persona si necesitamos más información.

Nombre de Contacto: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección de email: \_\_\_\_\_

- Sí  No 1. ¿Ofrece su empresa seguro de salud? Si respondió "No", salte a la sección E. Firme y devuelva el formulario.
- Sí  No 2. ¿Está el empleado o algún miembro de su familia inscrito en cualquier plan de seguro que se ofrezca? En caso afirmativo, diga los nombres de las personas inscritas: \_\_\_\_\_  
 ¿Cuándo comenzó la cobertura? (mes/día/año): \_\_\_\_\_
- Sí  No 3. ¿Ha tenido el empleado la oportunidad de inscribirse en la cobertura de salud ofrecida por este empleador? En caso afirmativo, ¿cuándo fue el período de inscripción abierta más reciente para este empleado? (mes/día/año): \_\_\_\_\_
- Sí  No 4. ¿Es este empleado elegible para inscribirse? En caso afirmativo ¿Cuándo? (mes/día/año): \_\_\_\_\_
- Sí  No 5. ¿Es este plan de seguro de salud un plan de beneficios para empleados estatales?
- Sí  No 6. ¿Este empleado o algún miembro de la familia ha cancelado o reducido la cobertura en los últimos 90 días? En caso afirmativo, diga los nombres: \_\_\_\_\_  
 En caso afirmativo, ¿cuándo terminó/cambió la cobertura? (mes/día/año): \_\_\_\_\_

### C. Plan Más Económico que Ofrece el Empleador

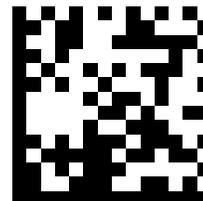
Complete este cuadro que sigue para el plan más económico que ofrece su empleador. No incluya el costo de cobertura dental, de visión u otra cobertura si es por separado.

Prima Mensual		
	Parte del Empleado	Parte de la Compañía
Empleado	\$	\$
Empleado + cónyuge	\$	
Empleado + niño	\$	
Familia	\$	

Deducible Anual del Plan de Seguro	
Cantidad Individual	\$
Cantidad por Familia	\$

## D. Plan de Seguro de Salud Escogido por el Empleado

Las preguntas siguientes se refieren al plan que el empleado ha seleccionado o en que está inscrito. Las preguntas 3-6 se refieren a los beneficios "dentro de la red".



D11120900140202

1. Nombre de la compañía y el plan de seguros: \_\_\_\_\_
2. Número de la Póliza, si se sabe: \_\_\_\_\_
- Sí  No 3. ¿El beneficio máximo de por vida es de \$1,000,000 o más?
- Sí  No 4. ¿El plan paga el menos el 70% de una hospitalización (después del deducible)?
5. ¿Qué beneficios están cubiertos por este plan? (Marque todos los que se apliquen.)
  - Visitas al Doctor       Servicios de Hospitalización       Farmacia/Recetas Médicas
  - Chequeos de salud de bienestar infantil       Vacunas infantiles
- Sí  No 6. ¿El plan cubre servicios de aborto?
 

En caso afirmativo, marque uno

  - Únicamente si la vida de la madre está en peligro si el feto fuera llevado a término o en el caso de incesto o violación. (Definición Federal)
  - Únicamente si la vida de la madre está en peligro si el feto se lleva a término o en el caso de incesto o violación o que la salud de la madre se vea en peligro irreversible. (Definición del Estado)
  - Otra circunstancia, descríbala por favor: \_\_\_\_\_
- Sí  No 7. Ofrece el empleador cobertura dental en la que el empleado o sus dependientes estén inscritos o tengan planeado inscribirse?
 

En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_

Fecha de comienzo de la cobertura? (mes/día/año): \_\_\_\_\_

Complete este cuadro que sigue para el plan más económico que ofrece su empleador. No incluya el costo de cobertura dental, de visión u otra cobertura si es por separado.

Prima Mensual		
	Parte del Empleado	Parte de la Compañía
Empleado	\$	\$
Empleado + cónyuge	\$	
Empleado + niño	\$	
Familia	\$	

Deducible Anual del Plan de Seguro	
Cantidad Individual	\$
Cantidad por Familia	\$

## E. Firma

Certifico que soy un representante del Departamento de Recursos Humanos, o que soy el representante del seguro médico. En mi leal conocimiento, la información en este formulario es verdadera y correcta.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Nombre (use letra de imprenta): \_\_\_\_\_  
 Título: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Favor de devolver este formulario completo a:

Department of Workforce Services, PO Box 143245, SLC, UT 84114-3245  
 Fax: 1-801-526-9500 o Número Gratis de Fax: 1-877-313-4717

### Programa de Empleador de Oportunidad Igualitaria

Disponemos de ayudas auxiliares y servicios para personas con discapacidad cuando estas lo soliciten llamando al 801-526-9240. Las individuos quienes son sordas, con problemas de audición o con impedimentos del habla pueden llamar a "Relay Utah" marcando al 711. Relay Utah en español: 1-888-346-3162.