

# Place Services

## 2016 / 2017 Formulario de Selección

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ No. Seguro Social \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Fecha de Contratación \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

**Por favor marque la casilla junto a la línea de cobedrtura que desea elegir o si desea declinar cobertura. Escriba con claridad.**

### Planes de Cobertura Médica

<b>Humana NPOS Opt 4</b>		Quincenal	<b>Humana NPOS Opt 12</b>		Quincenal
<input type="checkbox"/>	Sólo Empleado	\$54.72	<input type="checkbox"/>	Sólo Empleado	\$81.28
<input type="checkbox"/>	Empleado + Cónyuge	\$109.45	<input type="checkbox"/>	Empleado + Cónyuge	\$187.44
<input type="checkbox"/>	Empleado + Hijo(s)	\$101.23	<input type="checkbox"/>	Empleado + Hijo(s)	\$173.38
<input type="checkbox"/>	Familia	\$258.38	<input type="checkbox"/>	Familia	\$371.06

No Acepto Cobertura Médica      Razón \_\_\_\_\_

### Dependientes incluidos en la Cobertura Medica

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ No. Seguro Social: \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ No. Seguro Social: \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ No. Seguro Social: \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ No Seguro Social: \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Declaro que toda la información en esta solicitud es correcta. Autorizo a mi empleador a deducir la cantidad de contribución necesaria de mi pago. Entiendo, y estoy de acuerdo, que las contribuciones serán sacadas sobre una base antes de impuestos sujetos a la Sección 125 Plan de IRS.

Entiendo que si renuncio a la cobertura, debo experimentar un evento de vida calificado o esperar hasta el próximo proceso de inscripción para poder inscribirme nuevamente. Las solicitudes de cambios de estado deben ser presentadas dentro de los 30 días del evento calificado.

\_\_\_\_\_  
Firma Empleado

\_\_\_\_\_  
Fecha