

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

Humana NPOS Opt 4		Quincenal	Humana NPOS Opt 12		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