



Hoja de Inscripción en los Beneficios

Su Información Personal

Nombre:	Apellido:
NSS:	Teléfono de Casa:
Correo Electrónico:	

¿Alguna persona adulta (19 años y más) que será asegurada ha consumido tabaco en los últimos 12 meses?

Sí No

Información de Sus Dependientes

Ingrese la información de dependientes para todos los dependientes que estarán cubiertos en sus planes de seguro.

Nombre	Parentesco	Sexo	NSS	Fecha de Nacimiento	Discapacitado S/N
	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja Doméstica <input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino			
	<input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino			
	<input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino			
	<input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino			

Sus Beneficiarios

Ingrese la información de su beneficiario primario y secundario (en su caso) para el seguro de vida. El porcentaje de los beneficiarios debe ser igual a 100%.

Beneficiario Primario

Nombre	Apellido	Dirección	Parentesco	Tipo (Primario o Secundario)	Porcentaje del Beneficiario

Beneficiario Secundario (en su caso)

Nombre	Apellido	Dirección	Parentesco	Tipo (Primario o Secundario)	Porcentaje del Beneficiario

Sus Opciones de Plan Médico

Seleccione su plan médico de las siguientes opciones. Marque la casilla a la derecha en base al plan y a la categoría de cobertura. Marque "renuncio" si usted está renunciando a la cobertura médica.

Plan(es) Médico (s)	Categoría de Cobertura	Su Contribución Semanal	Elección
Plan Médico #1 MEC Basic	Empleado Solo	\$13.88	<input type="checkbox"/>
	Empleado + Cónyuge/PD	\$34.82	<input type="checkbox"/>
	Empleado + Hijo(s)	\$31.36	<input type="checkbox"/>
	Empleado + Familia	\$51.78	<input type="checkbox"/>
Plan Médico #3 MVP	Empleado Solo	\$29.58	<input type="checkbox"/>
	Empleado + Cónyuge/PD	\$281.72	<input type="checkbox"/>
	Empleado + Hijo(s)	\$279.91	<input type="checkbox"/>
	Empleado + Familia	\$482.16	<input type="checkbox"/>
Renuncio a la Cobertura Médica		\$0.00	<input type="checkbox"/>

Incluido con cada plan médico es TELADOC (una alternativa de bajo costo para el cuidado de la salud, brindando a los miembros acceso a médicos las 24/7/365, a través de su teléfono, dispositivo móvil o computadora)

Participantes del plan MVP: copago de \$ 45 por televisit

Plan Suplementario	Categoría de Cobertura	Tu Contribución Semana	Elección
Suplemento TELADOC <i>(una alternativa de bajo costo para el cuidado de la salud, dando a los miembros 24/7/365 acceso a los médicos a través de su teléfono, dispositivo móvil o computadora)</i>	Para ser elegible, debe estar inscrito en al menos un plan voluntario: Dental, Visión, Discapacidad, etc.	\$5.00 <i>(Nota: la contribución semana no se aplica si se inscribe en uno de nuestros planes medicos)</i>	<input type="checkbox"/>
Renuncio a la Cobertura Médica		\$0.00	<input type="checkbox"/>

Sus Opciones de Plan de Indemnización Médica

No es una ACA ni un plan de seguro médico importante. Un plan de indemnización paga una cantidad predeterminada de dinero por cualquier servicio médico calificado que reciba. Puede ayudarlo con los costos de desembolso que inevitablemente vienen con su plan de seguro médico. El seguro de indemnización proporciona beneficios limitados. Paga una cierta cantidad por servicio cubierto hasta un máximo del calendario-año. Es **Post-Impuesto**.

Plane(s) de Indemnización Médica	Categoría de Cobertura	Su Contribución Semanal	Elección
Plan de Indemnización Médica #1	Empleado Solo	\$19.69	<input type="checkbox"/>
	Empleado + Cónyuge/PD	\$46.00	<input type="checkbox"/>
	Empleado + Hijo(s)	\$32.38	<input type="checkbox"/>
	Empleado + Familia	\$51.78	<input type="checkbox"/>
Plan de Indemnización Médica #2	Empleado Solo	\$28.15	<input type="checkbox"/>
	Empleado + Cónyuge/PD	\$66.49	<input type="checkbox"/>
	Empleado + Hijo(s)	\$46.36	<input type="checkbox"/>
	Empleado + Familia	\$74.67	<input type="checkbox"/>
Plan de Indemnización Médica #3	Empleado Solo	\$40.66	<input type="checkbox"/>
	Empleado + Cónyuge/PD	\$96.77	<input type="checkbox"/>
	Empleado + Hijo(s)	\$67.30	<input type="checkbox"/>
	Empleado + Familia	\$108.71	<input type="checkbox"/>
Renunciar a la Cobertura Médica		\$0.00	<input type="checkbox"/>

Su Opcione de Plan Dental

Seleccione su plan dental de las siguientes opciones. Marque la casilla a la derecha en base al plan y a la categoría de cobertura. Marque "renuncio" si usted está renunciando a la cobertura dental.

Plan Dental	Categoría de Cobertura	Su Contribución Semanal	Elección
Dental	Empleado Solo	\$5.00	<input type="checkbox"/>
	Empleado + Cónyuge/PD	\$9.71	<input type="checkbox"/>
	Empleado + Hijo(s)	\$10.03	<input type="checkbox"/>
	Empleado + Familia	\$14.31	<input type="checkbox"/>
Renuncio a la Cobertura Médica		\$0.00	<input type="checkbox"/>

Su Opción de Plan de Visión

Marque la casilla a la derecha en base a la categoría de cobertura. Marque "renuncio" si usted está renunciando a la cobertura de visión.

Plan de Visión	Coverage Category	Your Weekly Contribution	Election
Visión	Empleado Solo	\$1.38	<input type="checkbox"/>
	Empleado + Cónyuge/PD	\$2.60	<input type="checkbox"/>
	Empleado + Hijo(s)	\$3.08	<input type="checkbox"/>
	Empleado + Familia	\$4.10	<input type="checkbox"/>
Renuncio a la Cobertura de Visión		\$0.00	<input type="checkbox"/>

Seguro Voluntario de Vida

Marque la casilla a la derecha en base a la categoría de cobertura. Marque "renuncio" si usted está renunciando al seguro voluntario de vida.

Seguro Voluntario de Vida	Categoría de Cobertura	Su Contribución Semanal	Elección
Seguro Voluntario de Vida	Empleado Solo	\$1.07	<input type="checkbox"/>
	Empleado + 1 Dependiente	\$1.28	<input type="checkbox"/>
	Empleado + Familia	\$1.28	<input type="checkbox"/>
Renuncio al Seguro Voluntario de Vida		\$0.00	<input type="checkbox"/>

Seguro Voluntario de Accidentes No Laborales

Marque la casilla a la derecha en base a la categoría de cobertura. Marque "renuncio" si usted está renunciando al seguro voluntario de accidentes no laborales.

Plan de Accidentes	Categoría de Cobertura	Su Contribución Semanal	Elección
Accidentes No Laborales	Empleado Solo	\$2.67	<input type="checkbox"/>
	Empleado + Cónyuge/PD	\$4.84	<input type="checkbox"/>
	Empleado + Hijo(s)	\$5.15	<input type="checkbox"/>
	Empleado + Familia	\$7.14	<input type="checkbox"/>
Renuncio a la Cobertura de Accidentes		\$0.00	<input type="checkbox"/>

Discapacidad a Corto Plazo (STD)

Marque la casilla apropiada a la derecha si desea aceptar o renunciar al seguro de discapacidad a corto plazo.

Cobertura STD	Su Contribución Semanal	Elección
Beneficio de STD Mensual de \$650	\$3.93	<input type="checkbox"/>
Renuncio al Seguro de STD	\$0.00	<input type="checkbox"/>

Seguro Voluntario contra Enfermedades Críticas

Marque la casilla a la derecha en base a la categoría de cobertura. Vea las tarifas basadas en la edad para las tarifas semanales de Tabaco vs. Sin Tabaco. Marque "renuncio" si usted está renunciando al seguro contra enfermedades críticas.

Plan de Enfermedad Crítica		Categoría de Cobertura		Elección
Enfermedad Crítica¹		Empleado Solo		<input type="checkbox"/>
		Empleado + Cónyuge/PD		<input type="checkbox"/>
		Empleado + Hijo(s)		<input type="checkbox"/>
		Empleado + Familia		<input type="checkbox"/>
Renuncio al Seguro contra Enfermedades Críticas				<input type="checkbox"/>
\$10,000				
Edad de Emisión	Empleado	Empleado y Dependientes		
18-24	\$1.80	\$3.15		
25-29	\$2.20	\$3.85		
30-34	\$3.30	\$5.78		
35-39	\$5.50	\$9.63		
40-44	\$8.80	\$15.40		
45-49	\$13.20	\$23.10		
50-54	19.80	\$34.65		
55+	26.40	\$46.20		

¹ El seguro de enfermedades críticas no está disponible para los empleados que viven en Indiana.

CORBERTURA ELEJIDA:

He revisado los beneficios ofrecidos y he hecho mis selecciones de cobertura deseadas (o he renunciado a la cobertura, en su caso). Entiendo que las elecciones indicadas serán administradas sobre una base antes de impuestos bajo la Sección 125 y que estas elecciones son irrevocables hasta el próximo período de inscripción o en el caso de un Evento de Vida Calificado.

<hr/> Nombre del Empleado con Letra de Molde	<hr/> Firma del Empleado	<hr/> Fecha
---	---------------------------------	--------------------

RENUNCIANDO TODA LA COBERTURA DEL PLAN:

He revisado los beneficios ofrecidos y estoy renunciando a toda la cobertura hasta la próxima inscripción o en el caso de un evento de vida calificado. *Ejemplos de unos acontecimiento de la vida calificados incluyen el matrimonio, parto, adopción, o la perdida de la cobertura existente.*

<hr/> Nombre del Empleado con Letra de Molde	<hr/> Firma del Empleado	<hr/> Fecha
---	---------------------------------	--------------------

Si esta agitando la cobertura porque usted tiene la cobertura de otra fuente, marque esta casilla e identificar el origen de su cobertura (esposa/esposo, padres, Medicare, Medicaid, otro empleador, etc.) abajo:

Fuente de Cobertura: _____

- *Usted puede cambiar sus elecciones , siempre que lo haga antes de la fecha en que comienza su deducción antes de impuestos (s) bajo el plan (s) . Para cambiar sus elecciones , debe completar un nuevo Beneficios de Inscripción Hoja .
- *Empleados de tiempo completo serán elegibles para el plan de salud después de esperando el máximo de 90 días.
- *Davis Staffing hara un seguimiento y monitorear el empleados horas de servicio para determinar la elegibilidad para la cobertura de acuerdo con la Ley de Asistencia Asequible.
- *Si usted tiene alguna pregunta sobre la hoja de inscripción a los beneficios por favor póngase en contacto con el personal de Davis Staffing en Recursos Humanos numero 708-747-6100.

Instantánea de la Elección:

MEC \$_____ DEN \$_____ VIS \$_____ SUP \$_____ ACC \$_____ STD \$_____ CRI \$_____

MVP \$_____

INDEMNITY 1 \$_____

INDEMNITY 2 \$_____

INDEMNITY 3 \$_____

Solo para uso de oficina

Testigo

Yo, _____ revisado con el empleado antes mencionado las selecciones hechas en este formulario.

<hr/> Firma del Testigo	<hr/> Fecha
--------------------------------	--------------------