



Formulario de Inscripción/Cambio

Hometown Health Use Only

G#																				
M#																				
L																				
F,M																				

Solo para Recursos Humanos - Human Resources Only

Empleador _____ Grupo # _____ Fecha vigente _____
 Horas semanales del empleado _____ Fecha de empleo del empleado _____ Firma del Empleador _____

Información del Empleado

Nombre (Apellido)		(Primer Nombre)		(Inicial del 2do nombre)		Número de Seguro Social					
Dirección de correo postal (Calle o Casilla de Correo Postal)		Ciudad		Estado		Código Postal		Condado			
Dirección física		Ciudad		Estado		Código Postal		Condado			
Fecha de Nacimiento		Estado Civil		Ocupación		Teléfono de la casa		Teléfono en el trabajo			
____/____/____		Casado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/>				() ____ - ____		() ____ - ____			

Plan Electo

HMO PPO PPO con HSA* HMO con HSA* *solamente dirección de la calle, no Casillas Postales
 Plan Electo _____ Plan Electo _____ Plan Electo _____ Plan Electo _____

Otra Cobertura Médica: Solamente Conclusión del Contrato

¿Tiene usted o alguien de sus dependientes mencionados abajo Seguro Médico/Salud (incluyendo Medicare/Medicaid)?
 Sí No Si responde que sí, por favor proporcione una copia del seguro (frente & parte de atrás)

Al completar esta sección concluirá o terminará la cobertura del suscrito y de todos los dependientes.
 Salió de la Compañía Se ha mudado No está satisfecho
 Falleció Inelegible Otro _____

Razón por el Cambio Agregar/Eliminar al Dependiente

<input type="checkbox"/> Empleado Nuevo <input type="checkbox"/> Nombre <input type="checkbox"/> Elección anual <input type="checkbox"/> Se le volvió a emplear de nuevo <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> COBRA (18-29-36) Cambio del Plan: De: _____ a: _____	<input type="checkbox"/> Tiempo completo/parcial <input type="checkbox"/> Reinstalación <input type="checkbox"/> Renunció a cobertura <input type="checkbox"/> Retirado/Jubilado <input type="checkbox"/> Transferencia <input type="checkbox"/> Dirección	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Nacimiento/Adopción <input type="checkbox"/> Pérdida de estatus de dependiente <input type="checkbox"/> Pérdida de Seguro <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Orden de Corte /Guardián o Tutor Legal <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/> Adjuntar documentación legal como prueba del evento.
--	---	---

Información del Miembro – Complételo con información nueva o con los cambios

Acción	* (Apellido) (Nombre) (Inicial del 2do nombre)	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento Mes/Día/Año	Sexo M/F	Reside con el Empleado Sí/No	** DOCTOR A CARGO DEL CUIDADO PRIMARIO (si se requiere)
Agregar <input type="checkbox"/>	Empleado:				-	
Cambiar <input type="checkbox"/>						
Eliminar <input type="checkbox"/>	Dirección de correo electrónico (Email):					
Agregar <input type="checkbox"/>	Esposo/Esposa					
Cambiar <input type="checkbox"/>						
Eliminar <input type="checkbox"/>	Dirección de correo electrónico (Email)					
Agregar <input type="checkbox"/>	Niño Dependiente (Relación)					
Cambiar <input type="checkbox"/>						
Eliminar <input type="checkbox"/>	Este espacio sombreado es solo para uso de Hometown Health					
Agregar <input type="checkbox"/>	Niño Dependiente (Relación)					
Cambiar <input type="checkbox"/>						
Eliminar <input type="checkbox"/>	Este espacio sombreado es solo para uso de Hometown Health					
Agregar <input type="checkbox"/>	Niño Dependiente (Relación)					
Cambiar <input type="checkbox"/>						
Eliminar <input type="checkbox"/>	Este espacio sombreado es solo para uso de Hometown Health					
Agregar <input type="checkbox"/>	Niño Dependiente (Relación)					
Cambiar <input type="checkbox"/>						
Eliminar <input type="checkbox"/>	Este espacio sombreado es solo para uso de Hometown Health					

** La responsabilidad del miembro es la verificar la disponibilidad del doctor en su área

Acuse de haber recibido los Términos

Entiendo y estoy de acuerdo, a excepción de los procedimientos de emergencia, que un proveedor participante de Hometown Health deberá realizar todos los servicios, o Hometown Health deberá autorizarlos con anticipación, para que se considere el pago de acuerdo a la tarifa establecida dentro de la red médica. Se aplican requisitos adicionales. Fíjese en los documentos apropiados del plan para obtener más detalles.

Entiendo que yo soy responsable de pagar cualquiera de los pagos deducibles requeridos, copagos y coseguro directamente a los proveedores a cargo del cuidado de la salud en el momento que se presta el servicio.

Estoy de acuerdo de mi obligación de todos los términos del plan bajo el cual estoy solicitando cobertura por el tiempo que estoy cubierto bajo el plan.

Certifico que, en lo mejor de mi conocimiento, la información que se ha presentado en el frente de este formulario es correcta.

He leído y comprendido los términos de esta aplicación.

Mi firma en la parte de adelante de este formulario constituye la aceptación de las condiciones mencionadas anteriormente.

Claves de los tipos del plan:

HMO: *Health Maintenance Organization* - Organización a cargo del Mantenimiento de la Salud

PPO: *Preferred Provider Organization* – Organización de Proveedores Preferidos

TPA: *Third Party Administrator for self-funded plan* – Administrador de Terceros para Planes Autofinanciados

HSA: *Health Savings Account* – Cuenta de Ahorros de la Salud

Declaración de Responsabilidad

Esta sección solamente debe completarse cuando el solicitante no puede llenar la solicitud.

Nota: La persona traductora debe tener 18 años, o ser mayor de esa edad, para poder traducir la solicitud en nombre del solicitante.

Yo, _____, personalmente he leído y completado esta Solicitud Individual en nombre del solicitante a continuación porque:

- El agente ayudó con la solicitud Solicitante no puede leer el inglés El solicitante no habla el idioma inglés
 El solicitante no escribe el idioma inglés Otro (explicar) _____

Yo traduje el contenido de este formulario y en lo mejor de mi conocimiento obtuve y he listado todo el historial personal y médico requerido que fue divulgado por el:

- Solicitante O por: _____

Yo también traduje y en su totalidad he explicado el "Entendimiento, Condiciones y Acuerdo de la Solicitud" (*Application Understandings, Conditions and Agreement*) y "Método de Pago" (*Payment Method*).

Firma de la persona traductora (Requerido)

Fecha (Requerida)

Yo confirmo que esta solicitud/aplicación fue traducida en mi nombre.

Firma del Solicitante (Requerido)

Fecha (Requerida)

Idioma interpretado (por ejemplo español):