

Fecha de entrada en vigor (mm/dd/aaaa) \_\_\_\_\_

N.º de grupo \_\_\_\_\_

Envíe el formulario completado a su empleador

### Propósito:

- Nueva inscripción  
  Recontratación  
  Tiempo parcial a tiempo completo  
  Inscripción abierta  
  Adición familiar  
  Cambio  
  COBRA  
  Cal-COBRA

## 1: TIPO DE COBERTURA

Seleccione únicamente de las coberturas que ofrece su empleador.

### MÉDICA HMO

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bronze 60 HDHP HMO 7050/0  | <input type="checkbox"/> Gold 80 HMO 250/35      | <input type="checkbox"/> Platinum 90 HMO 0/10/500 |
| <input type="checkbox"/> Bronze 60 HMO 6300/65      | <input type="checkbox"/> Gold 80 HMO HRA 2150/35 | <input type="checkbox"/> Platinum 90 HMO 0/25     |
| <input type="checkbox"/> Silver 70 HMO 2250/50      | <input type="checkbox"/> Gold 80 HMO 500/35      | <input type="checkbox"/> Platinum 90 HMO 0/10/250 |
| <input type="checkbox"/> Silver 70 HDHP HMO 2850/25 | <input type="checkbox"/> Gold 80 HMO 750/30      | <input type="checkbox"/> Platinum 90 HMO 0/20     |
| <input type="checkbox"/> Silver 70 HMO HRA 2250/50  | <input type="checkbox"/> Gold 80 HMO 1000/35     |   |

### MÉDICA EPO

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Silver 70 EPO 1500/50      | <input type="checkbox"/> Gold 80 EPO 250/30  | <input type="checkbox"/> Platinum 90 EPO 0/15 |
| <input type="checkbox"/> Silver 70 HDHP EPO 2850/25 | <input type="checkbox"/> Gold 80 EPO 500/30  | <input type="checkbox"/> Platinum 90 EPO 0/25 |
|   | <input type="checkbox"/> Gold 80 EPO 750/30  |   |
|   | <input type="checkbox"/> Gold 80 EPO 1500/35 |   |

## 2: INFORMACIÓN PERSONAL DEL SOLICITANTE

Se requiere el n.º de Seguro Social según las reglamentaciones de los CMS y el IRS.

Opción de idioma (opcional)  Inglés  Español  Chino  Vietnamita  Otro: \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial del seg. nombre \_\_\_\_\_

N.º de ident. o Seguro Social<sup>1</sup> (obligatorio) \_\_\_\_\_ Teléfono particular \_\_\_\_\_

Dirección postal \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Estado civil:  Soltero/a  Casado/a  Pareja de hecho (PH)

N.º de ident. o Seguro Social del cónyuge/PH<sup>1</sup> (obligatorio) \_\_\_\_\_

Cant. de dependientes, incluido el cónyuge \_\_\_\_\_

Nombre del empleador \_\_\_\_\_ Cargo \_\_\_\_\_ Clase \_\_\_\_\_ N.º de departamento \_\_\_\_\_

Fecha de contratación/fecha de recontratación/fecha de cambio de tiempo parcial a tiempo completo (mm/dd/aa) \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

# Grupo pequeño: formulario de inscripción del empleado

## 3: INFORMACIÓN DEL EMPLEADO Y LA FAMILIA

Haga una lista que los incluya a usted y a todos los miembros elegibles de su familia que se van a inscribir.

Sexo	Apellido	Nombre	Inicial del seg. nombre	Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)	N.º de identificación o Seguro Social (obligatorio)	Si los hijos tienen 26 años o más, debe marcar las casillas que correspondan debajo	Nombre del médico de atención primaria (PCP)	¿Médico actual?
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Empleado					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Deseo que se me asigne un PCP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Cónyuge					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Deseo que se me asigne un PCP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Deseo que se me asigne un PCP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Deseo que se me asigne un PCP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Deseo que se me asigne un PCP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Deseo que se me asigne un PCP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Deseo que se me asigne un PCP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Deseo que se me asigne un PCP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

## 4: RECHAZO Complete si un empleado elegible y/o sus dependientes elegibles rechazan o refutan alguna cobertura.

A. Rechazo de cobertura médica para:

- Mí mismo(a)  Cónyuge/PH  
Hijo(s)

Motivo del rechazo de la cobertura: marque uno.

- Cubierto por la cobertura de grupo del cónyuge  
Nombre de la compañía de seguro y n.º de ident. \_\_\_\_\_
- Cubierto por una póliza individual
- Cónyuge cubierto por la cobertura médica de grupo de su empleador  
Nombre de la compañía de seguro: \_\_\_\_\_
- Inscrito en Tricare
- Inscrito en algún otro plan de seguro  
Nombre de la compañía de seguro: \_\_\_\_\_
- Medicare  
Otro (explique): \_\_\_\_\_

Reconozco que mi empleador me explicó las coberturas disponibles y sé que tengo derecho a solicitar la cobertura. Se me dio la oportunidad de solicitar esta cobertura y decidí no inscribirme y/o no inscribir a mis dependientes, si los hubiere. Tomé esta decisión de forma voluntaria, sin que nadie ejerciera influencia sobre mí o me presionara para rechazar la cobertura. **AL RECHAZAR ESTA COBERTURA MÉDICA DE GRUPO (A MENOS QUE EL EMPLEADO Y/O SUS DEPENDIENTES TENGAN COBERTURA MÉDICA DE GRUPO EN ALGUN OTRO LUGAR), ACEPTO QUE MIS DEPENDIENTES Y YO PODRIAMOS TENER QUE ESPERAR HASTA EL PROXIMO PERIODO DE INSCRIPCIÓN ABIERTA PARA INSCRIBIRNOS EN ESTE PLAN DE SEGURO MÉDICO Y/O DE VIDA DE GRUPO.**

Firma si rechaza la cobertura para el empleado/dependiente(s)

Fecha

X \_\_\_\_\_

**5: INFORMACIÓN DE LA COBERTURA DE COBRA/CAL-COBRA**

Complete únicamente si va a inscribirse en COBRA/Cal-COBRA.

Motivos para la cobertura de COBRA/Cal-COBRA \_\_\_\_\_

Fecha del evento que califica para COBRA federal (mm/dd/aa) \_\_\_\_\_

Fecha del evento que califica para Cal-COBRA (mm/dd/aa) \_\_\_\_\_

Fecha de inicio de la cobertura de COBRA federal (mm/dd/aa) \_\_\_\_\_

Fecha de inicio de la cobertura de Cal-COBRA (mm/dd/aa) \_\_\_\_\_

Fecha de finalización de la cobertura de COBRA federal (mm/dd/aa) \_\_\_\_\_

Fecha de finalización de la cobertura de Cal-COBRA (mm/dd/aa) \_\_\_\_\_

**6: OTRA COBERTURA PARA LOS EMPLEADOS Y DEPENDIENTES QUE SE INSCRIBAN**

Debe responder todas las preguntas.

A. ¿Alguna persona en esta solicitud pretende continuar con otra cobertura de grupo si se acepta esta solicitud?  Sí  No  
 Si la respuesta es "sí", indique el nombre de la(s) persona(s): \_\_\_\_\_  
 Compañía de seguro: \_\_\_\_\_ N.º de póliza \_\_\_\_\_ N.º de teléfono \_\_\_\_\_

B. ¿Alguna de las personas que solicita cobertura tiene actualmente cobertura de seguro **médico**?  Sí  No  
 Si la respuesta es "sí", indique el nombre de los solicitantes/miembros de la familia: \_\_\_\_\_  
 Tipo de cobertura continua:  Grupo  Individual  Otra: \_\_\_\_\_  
 Compañía de seguro: \_\_\_\_\_ N.º de póliza \_\_\_\_\_ N.º de teléfono \_\_\_\_\_  
 Fecha de inicio de la cobertura (mm/dd/aa) \_\_\_\_\_ Fecha de finalización (mm/dd/aa) \_\_\_\_\_

**7: MEDICARE** Complete si usted, su cónyuge o hijo(s) dependiente(s) tienen cobertura de Medicare. Adjunte más hojas si es necesario.

Nombre (apellido, nombre, inicial del seg. nombre)	Fecha de entrada en vigor de la Parte A (mm/dd/aa)	Fecha de entrada en vigor de la Parte B (mm/dd/aa)	N.º de reclamación de Medicare

**8: LEA DETENIDAMENTE: SE REQUIERE LA FIRMA.**

---

Al firmar debajo, certifico que he analizado la información proporcionada en esta solicitud y que, a mi leal saber y entender, esta es verdadera y precisa, sin omisiones ni afirmaciones erróneas.

**Autorización de deducción:** si corresponde, autorizo a mi empleador a deducir de mis salarios los cargos/primas de suscripción requeridos.

**Análisis de VIH prohibidos:** la ley de California prohíbe que las compañías de seguro médico exijan o usen los análisis de VIH como condición para obtener cobertura de seguro médico.

**Fecha de entrada en vigor:** la fecha de entrada en vigor de la cobertura está sujeta a la aprobación de Community Care Health.

**Continuación de la cobertura de COBRA/Cal-COBRA**

Usted podría continuar con su cobertura de atención médica si: 1) completa el resto de este formulario; 2) firma en el espacio en blanco debajo; 3) hace el pago mensual total de continuación y 4) envía por correo este formulario a Community Care Health, en un plazo de sesenta (60) días, como máximo, a partir de la fecha en la que recibe este aviso. Si no elige la continuación de la cobertura de COBRA en un plazo de sesenta (60) días a partir de la fecha en la que recibe este aviso, ya no calificará para esta cobertura. Si elige la continuación de la cobertura de COBRA, su cobertura actual continuará hasta que suceda lo primero de lo siguiente:

- 1 La fecha de elegibilidad para la continuación de la cobertura de COBRA termine, o
- 2 La fecha en que deje de hacer los pagos de su prima para la continuación de la cobertura de COBRA a tiempo, o
- 3 La fecha en que su empleador interrumpa la cobertura con Community Care Health, o
- 4 La fecha en que tenga derecho a recibir Medicare debido a la edad (65 años), o la fecha treinta (30) meses después de que tenga derecho a recibir Medicare por enfermedad renal en etapa terminal, o
- 5 La fecha en que obtenga cobertura de otro plan de salud de grupo como consecuencia de una contratación o recontractación laboral, nuevo matrimonio, u otro.

Si, en algún momento durante los primeros sesenta (60) días de su continuación de la cobertura de COBRA, se determina que está discapacitado, según el Título II o XVI de la Ley del Seguro Social de Estados Unidos, podría tener derecho a continuar con la cobertura mientras se encuentra discapacitado durante 29 meses, como máximo, a partir de la fecha en que reunió los requisitos por primera vez para la continuación de la cobertura de COBRA. Comuníquese con el administrador del plan de salud de su empleador anterior para obtener la información completa.

El pago mensual de continuación es el costo de la continuación de la cobertura para el mes que comienza después de la fecha de pérdida de cobertura. Si no paga su prima mensual inicial en un plazo de 45 días desde que elige la continuación de la cobertura de COBRA, o si el pago de las primas subsiguientes no se recibe en el período de gracia posterior de 30 días, se cancelará su cobertura.

**Nota: si no elige la continuación de la cobertura médica de COBRA disponible, perderá ciertos derechos a la emisión garantizada de cobertura individual en virtud de la ley federal (HIPAA).**

Certifico que el número de Seguro Social que se menciona en esta solicitud es correcto.

**ACUERDO DE ARBITRAJE DE COMMUNITY CARE HEALTH**

Entiendo que (excepto para casos ante juzgados de reclamaciones de menor cuantía, reclamaciones sujetas a un procedimiento de apelación de Medicare o la regulación del procedimiento de reclamaciones según ERISA y toda otra reclamación que no se pueda someter a arbitraje obligatorio en virtud de la ley vigente) cualquier litigio entre, por un lado, mi persona, mis herederos, parientes u otras partes asociadas y, por el otro, Community Care Health, cualquiera de los proveedores de atención médica contratados, administradores u otras partes asociadas, por la supuesta infracción de cualquier deber derivado o relacionado con la membresía en Community Care Health, incluida cualquier reclamación por negligencia médica u hospitalaria (una reclamación de que los servicios médicos fueron innecesarios o no autorizados o proporcionados de manera inapropiada, negligente o incompetente), por responsabilidad de las instalaciones o relacionada con la cobertura o la prestación de servicios o entrega de insumos, independientemente de la teoría jurídica, deberá decidirse por arbitraje obligatorio en conformidad con la ley de California y no mediante un pleito o proceso judicial, salvo que la ley vigente estipule la revisión judicial del procedimiento de arbitraje. Acepto renunciar a nuestro derecho a un juicio por jurado y acepto el uso del arbitraje obligatorio. Entiendo que la disposición completa sobre arbitraje está incluida en la Evidencia de cobertura.

Firma requerida

Fecha

X \_\_\_\_\_