



FORMULARIO DE DATOS LABORALES DEL CÓNYUGE 2024

**USTED Y SU CÓNYUGE DEBEN FIRMAR DONDE SE INDICA A CONTINUACIÓN
DEVOLVER EL FORMULARIO A LA DIRECCIÓN QUE SE DETALLA ARRIBA**

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO 1. Nombre Completo: _____ Número de Seguro Social: _____

2. Domicilio: _____

3. Dirección de Correo Electrónico: _____ Número de Teléfono Celular: _____

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE 1. Nombre Completo: _____ Número de Seguro Social: _____

2. Situación Laboral del Cónyuge: Desempleado Empleado a tiempo completo Empleado a tiempo parcial Trabajador autónomo Jubilado

3. Nombre del Empleador del Cónyuge: _____ Fecha de Contratación: _____

4. Persona de contacto y número de teléfono del empleador del cónyuge: _____

5. ¿El empleador del cónyuge ofrece un plan de atención médica para sus empleados? Tiempo completo Tiempo parcial No

6. ¿Es su cónyuge elegible para inscribirse en el plan de atención médica del empleador? Sí No 7. ¿Está inscrito su cónyuge? Sí No

NORMA DEL CÓNYUGE QUE TRABAJA: Este Plan requiere que su cónyuge se inscriba en la cobertura médica de su empleador. Si su cónyuge no se inscribe, este Plan reducirá el pago de beneficios al 20% de los cargos cubiertos para su cónyuge. En caso de no completar y devolver este formulario a la Oficina de Beneficios, se cancelará la cobertura de su cónyuge. Si el empleador de su cónyuge no ofrece cobertura u ofrece cobertura, pero su cónyuge no es elegible para participar, debe presentar una carta del empleador con membrete de la empresa confirmando la falta de cobertura. Existe una exención por dificultades económicas a la norma del cónyuge que trabaja para los cónyuges que ganan: a) menos de \$29,000 por año; o b) entre \$29,000 y \$44,000 por año si la cobertura le cuesta a su cónyuge más de \$200 por mes. Si desea reclamar la exención por dificultades económicas, debe responder los puntos 8a y 8b y presentar una carta de su empleador confirmando su salario y la prima mensual de su cobertura médica. Consultar la descripción resumida de su plan para obtener una explicación completa.

8a. Salario Anual (para el año calendario actual): _____ 8b. Prima mensual del seguro: _____

9. Si no está inscrito actualmente, ¿cuándo es la próxima oportunidad de inscripción de su cónyuge? _____
¿Fecha de vigencia de la cobertura? _____

RESPONDER LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SI SU CÓNYUGE ESTÁ INSCRITO EN EL PLAN DE ATENCIÓN MÉDICA DE SU EMPLEADOR.

10. ¿Ha cambiado el Plan de Seguro desde el último período de inscripción? Sí No En caso afirmativo, ¿cuál es la fecha de entrada en vigencia? _____

11. ¿Cuál fue la fecha de finalización de la cobertura anterior? (DEBE incluir una copia de la Carta de Cobertura Acreditable): _____

12. Proporcionar el nombre de la compañía/plan de seguros (incluir una fotocopia de ambos lados de su tarjeta de identificación médica): _____

13. Información del Plan - Número de Grupo: _____ Número de Identificación Individual: _____
 Cobertura única Cobertura familiar Otro (explicar) _____

FIRMAS

FIRMA DEL EMPLEADO

Afirmo que la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta en la medida de mis posibilidades. Entiendo que no proporcionar información verdadera y/o completa puede resultar en la terminación de mi cobertura y la de mis dependientes con el Plan.

FIRMA DEL CÓNYUGE (AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN)

Por la presente autorizo a mi empleador a divulgar información sobre el plan de salud de mi empleador y mi elegibilidad y costos de cobertura bajo ese plan al Plan de atención médica familiar (FMCP) de NECA/IBEW. Esta autorización permanecerá vigente mientras sea elegible para recibir beneficios según el FMCP. Afirmo que la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta en la medida de mis posibilidades.

Firma del Empleado

Fecha

Firma del Cónyuge

Fecha