

Registro de confirmación del Empleado

Información del Empleado				
Nombre del Empleador:			Fecha de inicio de la cobertura:	
Primer nombre:		Segundo nombre:		Apellido:
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de Nacimiento:		N.º del Seguro Social:	
Dirección de residencia:	Calle/Apartado Postal/Apartamento n.º:			
	Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Dirección postal, si es diferente	Calle/Apartado Postal/Apartamento N.º:			
	Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Fecha de contratación:		Evento calificador:		
Teléfono primario:		<input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Hogar
Teléfono secundario:		<input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Hogar
Correo electrónico:				
<input type="checkbox"/> Médico	<input type="checkbox"/> Dental			
Nombre del proveedor de atención primaria (los Planes del Neighborhood):				
Dirección del proveedor de atención primaria:				
Grupo de contribución del Empleador: <input type="checkbox"/> Grupo 1 <input type="checkbox"/> Grupo 2 <input type="checkbox"/> Grupo 3				
Marque (✓) la casilla apropiada:				
Cobertura solicitada	Médica (✓)	Costo del Empleado	Dental (✓)	Costo del Empleado
Solo Empleado	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Empleado + Cónyuge	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Empleado + Hijo(s)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Familiar	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Renuncia a la cobertura	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Selección cobertura médica	Aseguradora:			
	Nombre del Plan:			
Selección cobertura dental	Aseguradora:			
	Nombre del Plan:			

Registro de confirmación del Empleado – continuación

Cónyuge	Primer nombre:		Segundo nombre:		Apellido:		
	Fecha de Nacimiento:		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		N.º del Seguro Social:		
	Calle/Apartado Postal/Apartamento N.º:						
	Ciudad:		Estado:		Código postal:		<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental
	Nombre del proveedor de atención primaria (los Planes del Neighborhood):						
	Dirección del proveedor de atención primaria:						
Dependiente	Primer nombre:		Segundo nombre:		Apellido:		
	Fecha de Nacimiento:		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		N.º del Seguro Social:		
	Calle/Apartado Postal/Apartamento N.º:						
	Ciudad:		Estado:		Código postal:		<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental
	Nombre del proveedor de atención primaria (los Planes del Neighborhood):						
	Dirección del proveedor de atención primaria:						
Dependiente	Primer nombre:		Segundo nombre:		Apellido:		
	Fecha de Nacimiento:		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		N.º del Seguro Social:		
	Calle/Apartado Postal/Apartamento N.º:						
	Ciudad:		Estado:		Código postal:		<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental
	Nombre del proveedor de atención primaria (los Planes del Neighborhood):						
	Dirección del proveedor de atención primaria:						
Dependiente	Primer nombre:		Segundo nombre:		Apellido:		
	Fecha de Nacimiento:		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		N.º del Seguro Social:		
	Calle/Apartado Postal/Apartamento N.º:						
	Ciudad:		Estado:		Código postal:		<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental
	Nombre del proveedor de atención primaria (los Planes del Neighborhood):						
	Dirección del proveedor de atención primaria:						

Cuadro de firma del Empleado

Para agregar dependientes adicionales, complete la página tres y marque esta casilla:

Sí, he leído y acepto el ACUERDO DE ACEPTACIÓN DEL USUARIO DE HSRI y sé que explica cómo mi información personal se mantendrá privada y Segura

Acepto otorgar mi CONSENTIMIENTO PARA EL ACCESO A LOS DATOS (Derechos y Responsabilidades).

El registro de confirmación anterior refleja mis selecciones del plan médico y dental.

Nombre del Empleado:

Firma del Empleado:

Fecha:

Registro de confirmación del Empleado – continuación

Adjuntar al Registro de confirmación del Empleado para:

Dependiente	Primer nombre:		Segundo nombre:		Apellido:		
	Fecha de Nacimiento:		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		N.º del Seguro Social:		
	Calle/Apartado Postal/Apartamento N.º:						
	Ciudad:		Estado:		Código postal:		<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental
	Nombre del proveedor de atención primaria (los Planes del Neighborhood):						
	Dirección del proveedor de atención primaria:						
Dependiente	Primer nombre:		Segundo nombre:		Apellido:		
	Fecha de Nacimiento:		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		N.º del Seguro Social:		
	Calle/Apartado Postal/Apartamento N.º:						
	Ciudad:		Estado:		Código postal:		<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental
	Nombre del proveedor de atención primaria (los Planes del Neighborhood):						
	Dirección del proveedor de atención primaria:						
Dependiente	Primer nombre:		Segundo nombre:		Apellido:		
	Fecha de Nacimiento:		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		N.º del Seguro Social:		
	Calle/Apartado Postal/Apartamento N.º:						
	Ciudad:		Estado:		Código postal:		<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental
	Nombre del proveedor de atención primaria (los Planes del Neighborhood):						
	Dirección del proveedor de atención primaria:						
Dependiente	Primer nombre:		Segundo nombre:		Apellido:		
	Fecha de Nacimiento:		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		N.º del Seguro Social:		
	Calle/Apartado Postal/Apartamento N.º:						
	Ciudad:		Estado:		Código postal:		<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental
	Nombre del proveedor de atención primaria (los Planes del Neighborhood):						
	Dirección del proveedor de atención primaria:						