HealthSourceRI
FOR EMPLOYERS

Teléfono: 1-855-683-6757

Registro de confirmación del Empleado

Información del Empleado			
Nombre del Empleador:		**Fecha de inicio de la cobertura:**	
Primer nombre:	**Segundo nombre:**	**Apellido:**	
Sexo: ☐ **Masculino** ☐ **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 calificante:**		
Teléfono primario:	☐ **Trabajo** ☐ **Celular** ☐ **Hogar**		
Teléfono secundario:	☐ **Trabajo** ☐ **Celular** ☐ **Hogar**		
Correo electrónico:			
☐ **Médico** ☐ **Dental**			
Nombre del proveedor de atención primaria (los Planes de Neighborhood y BlueCHiP Select RI):			
Dirección del proveedor de atención primaria:			
Grupo de contribución del Empleador: ☐ **Grupo 1** ☐ **Grupo 2** ☐ **Grupo 3**			
Marque (✓) la casilla apropiada:			

Cobertura solicitada	Médica (✓)	Costo del Empleado	Dental (✓)	Costo del Empleado
Solo Empleado	☐		☐	
Empleado + Cónyuge	☐		☐	
Empleado + Hijo(s)	☐		☐	
Familiar	☐		☐	
Renuncia a la cobertura	☐		☐	

Selección cobertura médica	**Aseguradora:**
	Nombre del Plan:
Selección cobertura dental	**Aseguradora:**
	Nombre del Plan:

Continuación — Ver la página 2

Registro de confirmación del Empleado – continuación

Cónyuge	Primer nombre:	Segundo nombre:	Apellido:	
	Fecha de Nacimiento:	Sexo: ☐ M ☐ F	N.º del Seguro Social:	
	Calle/Apartado Postal/Apartamento N.º:			
	Ciudad:	Estado:	Código postal:	☐ Médico ☐ Dental
	Nombre del proveedor de atención primaria **(los Planes de Neighborhood y BlueCHiP Select RI):**			
	Dirección del proveedor de atención primaria:			
Dependiente	Primer nombre:	Segundo nombre:	Apellido:	
	Fecha de Nacimiento:	Sexo: ☐ M ☐ F	N.º del Seguro Social:	
	Calle/Apartado Postal/Apartamento N.º:			
	Ciudad:	Estado:	Código postal:	☐ Médico ☐ Dental
	Nombre del proveedor de atención primaria **(los Planes de Neighborhood y BlueCHiP Select RI):**			
	Dirección del proveedor de atención primaria:			
Dependiente	**Primer nombre:**	**Segundo nombre:**	**Apellido:**	
	Fecha de Nacimiento:	Sexo: ☐ M ☐ F	N.º del Seguro Social:	
	Calle/Apartado Postal/Apartamento N.º:			
	Ciudad:	Estado:	Código postal:	☐ Médico ☐ Dental
	Nombre del proveedor de atención primaria **(los Planes de Neighborhood y BlueCHiP Select RI):**			
	Dirección del proveedor de atención primaria:			
Dependiente	Primer nombre:	Segundo nombre:	Apellido:	
	Fecha de Nacimiento:	Sexo: ☐ M ☐ F	N.º del Seguro Social:	
	Calle/Apartado Postal/Apartamento N.º:			
	Ciudad:	Estado:	Código postal:	☐ Médico ☐ Dental
	Nombre del proveedor de atención primaria **(los Planes de Neighborhood y BlueCHiP Select RI):**			
	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: ☐ M ☐ F	N.º del Seguro Social:	
	Calle/Apartado Postal/Apartamento N.º:			
	Ciudad:	Estado:	Código postal:	☐ Médico ☐ Dental
	Nombre del proveedor de atención primaria	**(los Planes de Neighborhood y BlueCHiP Select RI):**		
	Dirección del proveedor de atención primaria:			
Dependiente	Primer nombre:	Segundo nombre:	Apellido:	
	Fecha de Nacimiento:	Sexo: ☐ M ☐ F	N.º del Seguro Social:	
	Calle/Apartado Postal/Apartamento N.º:			
	Ciudad:	Estado:	Código postal:	☐ Médico ☐ Dental
	Nombre del proveedor de atención primaria	**(los Planes de Neighborhood y BlueCHiP Select RI):**		
	Dirección del proveedor de atención primaria:			
Dependiente	Primer nombre:	Segundo nombre:	Apellido:	
	Fecha de Nacimiento:	Sexo: ☐ M ☐ F	N.º del Seguro Social:	
	Calle/Apartado Postal/Apartamento N.º:			
	Ciudad:	Estado:	Código postal:	☐ Médico ☐ Dental
	Nombre del proveedor de atención primaria	**(los Planes de Neighborhood y BlueCHiP Select RI):**		
	Dirección del proveedor de atención primaria:			
Dependiente	Primer nombre:	Segundo nombre:	Apellido:	
	Fecha de Nacimiento:	Sexo: ☐ M ☐ F	N.º del Seguro Social:	
	Calle/Apartado Postal/Apartamento N.º:			
	Ciudad:	Estado:	Código postal:	☐ Médico ☐ Dental
	Nombre del proveedor de atención primaria	**(los Planes de Neighborhood y BlueCHiP Select RI):**		
	Dirección del proveedor de atención primaria:			