



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)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> Salió de la Compañía <input type="checkbox"/> Se ha mudado <input type="checkbox"/> No está satisfecho <input type="checkbox"/> Falleció <input type="checkbox"/> Inelegible <input type="checkbox"/> Otro _____
---	--

**Razón por el Cambio      Agregar/Eliminar al Dependiente**

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

\*\* 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):**