

G# \_\_\_\_\_  
 M# \_\_\_\_\_  
 L \_\_\_\_\_  
 F, M \_\_\_\_\_



**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN / CAMBIO**  
**SOLAMENTE RECURSOS HUMANOS**

Empleador \_\_\_\_\_ Número de grupo \_\_\_\_\_  
 Fecha de entrada en vigencia \_\_\_\_\_ Horas semanales del empleado \_\_\_\_\_ Fecha de contratación del empleado \_\_\_\_\_  
 Firma del empleador \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL EMPLEADO**

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_  
 Dirección postal \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_  
 Dirección física \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_  
 Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) \_\_\_\_\_  
**Estado civil**       Casado       Soltero       Divorciado       Viudo  
 Ocupación \_\_\_\_\_ Teléfono residencial \_\_\_\_\_ Teléfono laboral \_\_\_\_\_

**PLAN ELEGIDO**

*\*Dirección únicamente, sin apartados postales*

<input type="checkbox"/> HMO	<input type="checkbox"/> EPO	<input type="checkbox"/> PPO	<input type="checkbox"/> PPO con HSA*
<b>Plan elegido</b>	<b>Plan elegido</b>	<b>Plan elegido</b>	<b>Plan elegido</b>
_____	_____	_____	_____

**OTRA COBERTURA MÉDICA**

¿Usted o alguno de sus Dependientes enumerados en la siguiente página tiene seguro médico/de salud

(incluido Medicare/Medicaid)?  
 **SÍ**       **NO**

*En caso afirmativo, proporcione una copia de su tarjeta de seguro (frente y dorso).*

**TERMINACIÓN DEL CONTRATO SOLAMENTE**

El llenado de esta sección finalizará la cobertura para el asegurado y todos los dependientes.

<input type="checkbox"/> Dejó la compañía	<input type="checkbox"/> No elegible
<input type="checkbox"/> Fallecido	<input type="checkbox"/> Insatisfecho
<input type="checkbox"/> Mudanza	<input type="checkbox"/> Otro (si es otro, explique a continuación)

**MOTIVO DEL CAMBIO**

<input type="checkbox"/> Nueva contratación	<input type="checkbox"/> PT/FT
<input type="checkbox"/> Nombre	<input type="checkbox"/> Reincorporación
<input type="checkbox"/> Elección anual	<input type="checkbox"/> Renuncia a la cobertura
<input type="checkbox"/> Reconstratación	<input type="checkbox"/> Jubilado
<input type="checkbox"/> COBRA (18-29-36)	<input type="checkbox"/> Transferencia
<input type="checkbox"/> Otro (si es otro, explique a continuación)	<input type="checkbox"/> Dirección

**AGREGAR/ELIMINAR DEPENDIENTE**

<input type="checkbox"/> Matrimonio**	<input type="checkbox"/> Divorcio**
<input type="checkbox"/> Nacimiento/Adopción**	<input type="checkbox"/> Otro**
<input type="checkbox"/> Pérdida del estado de dependiente**	<input type="checkbox"/> Orden judicial/Tutela legal**
<input type="checkbox"/> Pérdida del seguro**	<input type="checkbox"/> Fallecido**

*\*\* Adjunte la documentación legal como prueba del acontecimiento.*

Cambio de plan de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL MIEMBRO - COMPLETE CON INFORMACIÓN NUEVA O MODIFICADA**

**EMPLEADO** Acción  Agregar  Modificar  Eliminar

Apellido\*\* \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

Sexo  Masculino  Femenino

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_ Médico de atención primaria (si es necesario)† \_\_\_\_\_

ESTE ESPACIO ES SOLO PARA USO DE HOMETOWN HEALTH

**CÓNYUGE** Acción  Agregar  Modificar  Eliminar

Apellido\*\* \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

Sexo  Masculino  Femenino **¿Reside con el empleado?**  SÍ  NO

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_ Médico de atención primaria (si es necesario)† \_\_\_\_\_

ESTE ESPACIO ES SOLO PARA USO DE HOMETOWN HEALTH

**HIJO DEPENDIENTE (relación)** Acción  Agregar  Modificar  Eliminar

Apellido\*\* \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

Sexo  Masculino  Femenino **¿Reside con el empleado?**  SÍ  NO

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_ Médico de atención primaria (si es necesario)† \_\_\_\_\_

ESTE ESPACIO ES SOLO PARA USO DE HOMETOWN HEALTH

**HIJO DEPENDIENTE (relación)** Acción  Agregar  Modificar  Eliminar

Apellido\*\* \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

Sexo  Masculino  Femenino **¿Reside con el empleado?**  SÍ  NO

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_ Médico de atención primaria (si es necesario)† \_\_\_\_\_

ESTE ESPACIO ES SOLO PARA USO DE HOMETOWN HEALTH

**HIJO DEPENDIENTE (relación)** Acción  Agregar  Modificar  Eliminar

Apellido\*\* \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

Sexo  Masculino  Femenino **¿Reside con el empleado?**  SÍ  NO

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_ Médico de atención primaria (si es necesario)† \_\_\_\_\_

ESTE ESPACIO ES SOLO PARA USO DE HOMETOWN HEALTH

**HIJO DEPENDIENTE (relación)** Acción  Agregar  Modificar  Eliminar

Apellido\*\* \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

Sexo  Masculino  Femenino **¿Reside con el empleado?**  SÍ  NO

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_ Médico de atención primaria (si es necesario)† \_\_\_\_\_

ESTE ESPACIO ES SOLO PARA USO DE HOMETOWN HEALTH

\*\* Adjunte la documentación legal como prueba de acción (agregar, cambiar o eliminar).

† Es responsabilidad del miembro verificar la disponibilidad del médico en su área.



**RECONOCIMIENTO DE TÉRMINOS**

Firma del empleado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
*Consulte la página siguiente*



## RECONOCIMIENTO DE TÉRMINOS

Entiendo y acepto que, con la excepción de los procedimientos de emergencia, todos los servicios deben realizarse por parte de un proveedor participante de Hometown Health, o deben estar autorizados por adelantado por Hometown Health para ser considerados para el pago a la tarifa dentro de la red. Pueden aplicarse requisitos adicionales. Consulte los documentos del plan correspondientes para obtener detalles.

Entiendo que soy responsable de pagar cualquier deducible, copago y coseguro requerido directamente a los proveedores de atención médica al momento del servicio.

Acuerdo quedar obligado por todos los términos del plan conforme al cual solicito cobertura durante el tiempo que esté cubierto por el plan.

Certifico que, a mi leal saber y entender, la información que se muestra en el anverso de este formulario es correcta.

He leído y entendido los términos de esta solicitud.

Mi firma en el anverso de este formulario constituye la aceptación de los términos enumerados anteriormente.

### Siglas clave de los tipos de plan

- HMO** (Health Maintenance Organization) Organización para el mantenimiento de la salud
- EPO** (Exclusive Provider Organization) Organización de proveedores preferidos
- PPO** (Preferred Provider Organization) Organización de proveedores preferidos
- TPA** (Third Party Administrator for self-funded plan) Administrador externo para plan autofinanciado
- HSA** (Health Savings Account) Cuenta de ahorros para gastos de salud

## DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

**Se completará únicamente cuando el solicitante no pueda llenar la solicitud**

**NOTA: El traductor debe tener 18 años de edad o más para traducir la solicitud en nombre del solicitante**

Yo, \_\_\_\_\_, leí y completé personalmente esta Solicitud individual para el solicitante que se menciona a continuación debido a lo siguiente:

- El agente ayudó con la solicitud    
  El solicitante no lee en inglés    
  El solicitante no habla en inglés  
 El solicitante no escribe en inglés    
  Otro (*explique*) \_\_\_\_\_

Traduje el contenido de este formulario y, a mi leal saber y entender, obtuve y enumeré todo el historial médico y personal solicitado que divulga el:

- Solicitante    
  o por \_\_\_\_\_

**También traduje y expliqué en su totalidad la sección “Entendimiento, Condiciones y Acuerdo de la Solicitud” y la sección “Método de Pago.”**

Firma del traductor (*obligatoria*) \_\_\_\_\_ Fecha (*obligatoria*) \_\_\_\_\_

**Confirmando que la solicitud se tradujo en mi representación.**

Firma del solicitante (*obligatoria*) \_\_\_\_\_ Fecha (*obligatoria*) \_\_\_\_\_

Idioma interpretado (*p. ej., español*) \_\_\_\_\_