ESTADO DE ARIZONA INSCRIPCION DE EMPLEADO ACTIVO/CAMBIOS 2004-2005

☐NUEVO EMPLEADO ☐ACONTECIMIENTO DE VIDA CUALIFICADO ☐CAMBIO DE DIRECCIÓN ☐TERMINACIÓN

AGENCY CODE	AGENCY	DATE AGENCY RECEIVED	EFFECTIVE DATE

NO ESCRIBA ARRIBA DE ESTA LÍNEA - PARA USO DE AGENCIA SOLAMENTE

A. EMPLEADO IDENTIFICACIÓN

APELLIDO, PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE	NU de Empleado o SSN	☐HOMBRE ☐MUJER	☐CASADO/A ☐SOLTERO/A
DIRECCIÓN	CONDADO DE RESIDENCIA	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE EMPLEO
CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL	TELEFONO DE TRABAJO ( )	TELEFONO DE CASA ( )	
ESPOSO/A –APELLIDO, PRIMER NOMBRE	EMPLEADOR DE ESPOSO/A	EMPLEADO SUELDO ACTUAL	

B. PLAN MEDICO (costos mensuales alistados)

☐ **YO RECHAZO COBERTURA MÉDICA**

	COBERTURA SOLO/A	COBERTURA DE FAMILIA
REGION CENTRAL: MARICOPA, GILA, Y CONDADOS PINALES		
RAN+AMN (HMA) EPO	☐ $25.00	☐ $125.00
Schaller Anderson Healthcare (SA) EPO	☐ $25.00	☐ $125.00
United Healthcare (UHC) EPO	☐ $35.00	☐ $135.00
Arizona Foundation (AZF) PPO	☐ $140.00	☐ $390.00
United Healthcare (UHC) PPO	☐ $150.00	☐ $400.00
REGION DEL SUR: PIMA, CONDADOS SANTA CRUZ		
RAN+AMN (HMA) EPO	☐ $25.00	☐ $125.00
Schaller Anderson Healthcare (SA) EPO	☐ $25.00	☐ $125.00
United Healthcare (UHC) EPO	☐ $35.00	☐ $135.00
Arizona Foundation (AZF) PPO	☐ $140.00	☐ $390.00
United Healthcare (UHC) PPO	☐ $150.00	☐ $400.00
REGION DEL NORTE: YAVAPAI, COCONINO, NAVAJO, CONDADOS APACHE		
RAN+AMN (HMA) EPO	☐ $25.00	☐ $125.00
Arizona Foundation (AZF) PPO	☐ $140.00	☐ $390.00
REGION SUDESTE: GRAHAM, GREENLEE, CONDADOS COCHISE		
RAN/AMN (HMA) EPO	☐ $25.00	☐ $125.00
Arizona Foundation (AZF) PPO	☐ $140.00	☐ $390.00
REGION OESTE: MOHAVE, LA PAZ, CONDADOS YUMA		
RAN+AMN (HMA) EPO	☐ $25.00	☐ $125.00
Arizona Foundation (AZF) PPO	☐ $140.00	☐ $390.00
FUERA DEL ESTADO		
Beech Street PPO	☐ $25.00	☐ $125.00

ESTADO DE ARIZONA INSCRIPCION DE EMPLEADO ACTIVO/CAMBIOS 2004-2005 CONTINUA

C. PLAN DENTAL (costos mensuales alistados)	COBERTURA SOLTERO/A	COBERTURA FAMILIAR
☐ **RECHAZO COBERTURA DENTAL**		
DELTA DENTAL INDEMNIZACOPM/PPO EN ARIZONA Y FUERA DEL ESTADO	☐ $12.10	☐ $45.90
METLIFE DENTAL INDEMNIZACION/PPO EN ARIZONAY FUERA DEL ESTADO	☐ $12.10	☐ $42.96
SERVICIOS DENTALES del EMPLEADO PRE-PAGADO SOLO DENTRO del ESTADO	☐ $3.54	☐ $16.72
UNITED DENTAL CARE (FORTIS BENEFITS) SOLO DENTRO DEL ESTADO	☐ $4.68	☐ $18.02

☐ **RECHAZO COBERTURA DE VISTA** ☐ COBERTURA SOLO/A AVESIS $6.34 ☐ FAMILIA COBERTURA AVESIS $17.18

E. DEPENDIENTES - Enumere todos los dependientes elegibles que se inscribirán en el plan médico, dental, y/o de vista

APPELLIDO, PRIMER Y SEGUNDO NOMBRE (PONGA EL APELLIDO SI ES DIFERENTE AL DEL EMPLEADO). USE UNA FORMA ADICIONAL PARA MAS DE 6 DPENDIENTES	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/YY) **REQUERIDO**	MEDICARE	CÓDIGO DE RELACIÓN	HOMBRE (M) O MUJER (F)	ESTUDIANTE TIEMPO COMPLETO Si o No	INCAPACITADO Si o No	PCP/ DENTISTA NUMERO DE I.D.	AGREGUE (A) O SUPRIMA (D)
Empleado		**A=Medicare A B=Medicare B C=Medicare A & B D=Medicare "no se sabe" E=No Medicare**	**S=Esposo/a, C=Hijo/a, G=Guardian, P=Puesto en Adopcion, T=Hijastro/a**					
Esposo/a		☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E	☐ S	☐M ☐F				
		☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E	☐ C ☐ G ☐ P ☐ T	☐M ☐F				
		☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E	☐ C ☐ G ☐ P ☐ T	☐M ☐F				
		☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E	☐ C ☐ G ☐ P ☐ T	☐M ☐F				
		☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E	☐ C ☐ G ☐ P ☐ T	☐M ☐F				

F. INCAPAZIDAD AL CORTO PLAZO STANDARD

☐ RECHAZO INCAPAZIDAD AL CORTO PLAZO **STANDARD** ☐ ELECTO INCAPAZIDAD AL CORTO PLAZO **STANDARD**

G. SEGURO DE VIDA SUPLEMENTAL STANDARD Y SEGURO DE VIDA DE DEPENDIENTE STANDARD	☐ **NO COBRO (solamente empleados actuales)**
Empleado Cobertura máxima $300,000 en multiples de $5,000 que no exceda 3 veces el salario anual. Aumentos no podran exceder $20,000 por plan de año. ☐ RECHAZO SEGURO DE VIDA SUPLEMENTAL ☐ Cantidad total de cobertura del empleado $_____ ☐ No-Fumador (no he fumado en 6 meses, beneficio adicional de $1,000 si se elige el seguro de vida suplemental).	Seguro de Vida de Dependiente ☐ RECHAZO SEGURO DE VIDA DE DEPENDIENTE ☐ $2,000 $0.94/MES ☐ $4,000 $1.88/MES ☐ $6,000 $2.82/MES ☐ $12,000 $5.64/MES ☐ $15,000 $7.06/MES

H. BENEFICIARIO PRIMARIO (ponga información adicional o de custodia en una forma separada que usted puede obtener de la persona de beneficios)

Beneficiario Apellido, Primer Nombre	Número de Seguro Social (opcional)	Fecha de Nacimiento
Beneficiaio Direccion, Ciudad, Estado, Codigo Postal		Telefono ( )

I. AUTORIZACION Y FIRMA DE EMPLEADO

Certifico por este medio que bajo pena del perjurio que la información yo he proporcionado en esta aplicación para beneficios de empleado, incluyendo la dirección y la información del esposo/a y dependiente es correcta y verdadera. Reconozco además que estoy consciente que proporcionar falsa información puede sujetarme a una negación de los beneficios de empleado, una acción disciplinaria, y posible procesamiento conforme a secciones ARS 13-2310, 13-2311, 13-2702, y otras provisiones aplicables de la ley. En adición, he leído y entiendo las declaraciones atrás de esta forma.

FIRMA:_____ FECHA:_____

Regrese forma a: ADOA Benefits Office, 100 N. 15th Ave., Suite 103, Phoenix, AZ 85007 **Revisado 7/29/04**