



Formulario de Auditoria Dependiente

- 1) Lea las instrucciones completas que están al dorso de este formulario.
- 2) Repase con atención la información ya completada de abajo.
- 3) Complete la sección "Otro seguro"; si necesita más espacio para incluir más información del seguro, adjunte una hoja aparte.
- 4) **Firme el formulario y coloque la fecha.**
- 5) Adjunte copias de actas de matrimonio y nacimiento de las personas a su cargo mencionadas.

IMPORTANTE: Sírvase repasar con atención la información ya completada de abajo. Si necesita hacer correcciones, use tinta negra o azul para tachar los datos incorrectos y escribir con letra de imprenta clara la nueva información inmediatamente debajo de la información tachada. Si en la lista aparece un cónyuge o hijastro que ya no es su cónyuge o hijastro, debe enviar una copia de su sentencia de divorcio y plan de paternidad, si corresponde.

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Apellido, nombre de pila, inic. 2.º nombre	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	V / M
Domicilio postal	Ciudad	Estado	Código postal
¿Se trata de un cambio de domicilio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Teléfono	
Número: _____		Dirección de correo electrónico: _____	

INFORMACIÓN DE PERSONA A CARGO El Plan exige documentación de todas las personas que tenga a su cargo: Cónyuge: acta de matrimonio; hijo(s): acta de nacimiento, tutoría legal, sentencia judicial o, en el caso de hijos adultos casados, acta de matrimonio. Códigos de relación con el suscriptor: C = Cónyuge; H = Hijo natural/hijastro/hijo adoptado/tutoría legal de hijo.

Apellido, nombre de pila, inicial 2.º nombre	V/M	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social	Relación con el suscriptor	¿Tiene otra cobertura? Sí / No
				CÓNYUGE	
				HIJO	

INFORMACIÓN DE OTRO SEGURO

1. ¿Usted, su cónyuge u otra persona que tenga a su cargo se encuentran cubiertos por algún otro plan de seguro médico grupal, incluido Medicare, sin importar si eligió Medicare cuando cumplía con los requisitos de inscripción? Sí No
Si la respuesta es "sí", brinde los datos solicitados. Si es Medicare, en la Oficina de Administración debe haber archivada una copia de la tarjeta de identificación de Medicare.

Nombre del suscriptor de otra cobertura	Número de Seguro Social	Número de póliza o identificación
Nombre y domicilio de otro grupo de seguro	Ciudad	Estado
		Código postal

Por la presente certifico que la información precedente es verdadera, correcta y está completa, a mi leal saber y entender. Entiendo que, si no se encuentra archivada documentación comprobatoria de la persona que tenga a mi cargo, este formulario se me devolverá, y el no presentar documentos comprobatorios de personas que tenga a mi cargo hará que mis reclamaciones se rechacen.

Firma (para que sea válido, debe firmarlo el empleado participante) _____ Fecha _____

Los formularios se encuentran disponibles en el sitio web del Fideicomiso: essentialworkerhealth.org.

DEVUÉLVALO A LA OFICINA DE ADMINISTRACIÓN: Essential Worker Healthcare Trust, P.O. BOX 34203, SEATTLE, WA 98124-1203
O escanéelo y envíelo por correo electrónico a: OEWFund@wpas-inc.com CONSERVE UNA COPIA EN SUS REGISTROS

525 NE Oregon Street, Portland, OR 97232 | Phone (833) 389-0027 | EssentialWorker@RISEpartnership.com | EssentialWorkerHealth.org

Instrucciones para el Formulario de Verificación de Información

- Revise con atención la información ya completada en el dorso del Formulario de Verificación de Información y verifique que los datos suyos y de las personas que tenga a su cargo sean correctos y estén completos. Si necesita hacer correcciones, use tinta negra o azul para tachar los datos incorrectos y escribir con letra de imprenta clara la nueva información inmediatamente debajo de la información tachada. Si en la lista aparece un cónyuge o hijastro que ya no es su cónyuge o hijastro, debe enviar una copia de su sentencia de divorcio y plan de paternidad, si corresponde.
- Las personas elegibles a su cargo son:
 1. El cónyuge legal de un Empleado o Empleado Jubilado (incluso cuando estén separados conforme la ley). El cónyuge debe estar casado con el Empleado o Empleado Jubilado según lo establecido en la ley federal y debe recibir tratamiento como cónyuge en virtud del Código de Impuestos internos, incluidos los cónyuges del mismo sexo con reconocimiento legal.
 2. Un hijo de un Empleado o Empleado Jubilado. Se consideran hijos de Empleados o Empleados Jubilados las siguientes personas:
 - Hijos naturales, hijastros, hijos adoptivos, hijos “dados en adopción” o “niños dados en adopción temporal” de menos de 26 años.
 - Hijos de 26 años o más que no sean capaces de participar de ninguna actividad lucrativa sustancial debido a una afección mental o física que pueda esperarse que le provoque la muerte o que haya durado o pueda esperarse que dure un período continuo de no menos de 12 meses, siempre y cuando sean Personas a Cargo Elegibles, sufran esa discapacidad en el momento de alcanzar el límite de edad y sigan dependiendo del Empleado o el Empleado Jubilado para recibir asistencia y manutención. La Oficina de Administración debe recibir pruebas de la dependencia y la incapacidad de los menores dentro de los 31 días siguientes a que alcancen el límite de edad y, con posterioridad, de manera periódica. El Plan tiene derecho a designar un Médico, que el Plan mismo pagará, para examinar a la Persona a Cargo cuando y con la frecuencia que el Plan exija, dentro de la medida de lo razonable.
- Debido a normas de presentación de informes ante el Servicio de Impuestos Internos, la Oficina de Administración DEBE tener en sus archivos los números de Seguro Social de las personas a cargo. Si en la columna de número de Seguro Social aparece XXX-XX-XXXX, la Oficina de Administración tiene en su poder el número de Seguro Social de la persona que usted tiene a cargo. Si hay un espacio en blanco en dicha columna, debe anotar el número de Seguro Social completo de la persona que tiene a su cargo.
- Si usted o alguna de las personas que tiene a su cargo tienen otra cobertura médica grupal o Medicare (bien se hayan inscrito en Medicare o no cuando cumplieran con los requisitos para hacerlo), es muy importante que indique dicha información en el formulario. Si necesita más espacio para enumerar otras coberturas, adjunte una hoja aparte.
- Debe adjuntar copias de su acta de matrimonio para verificar que su cónyuge cumple con los requisitos de participación, y copias de las actas de nacimiento (o documentos de custodia legal/sentencias judiciales) para verificar que su(s) hijo(s) cumple(n) con los requisitos de participación. Por favor, no envíe documentos originales. Las fotocopias bastan. Si el documento tiene doble cara o varias páginas, no olvide hacer copias de todas las páginas, de ambas caras.
- Para evitar que en el futuro se le rechacen reclamaciones, la Oficina de Administración debe tener en sus archivos un Formulario de Verificación de Información de usted y de las personas que tiene a su cargo.
- Conserve una copia de este formulario y toda la documentación comprobatoria en sus registros.
- Si tiene alguna duda sobre este proceso, escriba al Fideicomiso a OEWFund@wpas-inc.com o llame al (833) 389-0027, opción 4.
- Devuelva el formulario y todos los documentos necesarios a la Oficina de Administración de una de las siguientes maneras:
 1. Envíe el documento escaneado por correo electrónico a: OEWFund@wpas-inc.com. No olvide colocar “Essential Worker Audit” (Auditoría esencial de trabajador) en el asunto de su mensaje.
 2. Use el sobre de devolución adjunto para enviarlo por correo postal a la Oficina de Administración.

Es importante que complete este formulario en su totalidad para verificar a todas las personas a su cargo que reúnen los requisitos (cónyuge o hijos) y brindar documentación que verifique su derecho a participar.