

## Formulario de cambio de NationCare pequeño empleador

**Complete las secciones aplicables únicamente**

Nombre del empleado \_\_\_\_\_ Id. del suscriptor \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

### A. CAMBIO DE INFORMACIÓN DEL DEPENDIENTE O EMPLEADO

 Cambio de nombre de \_\_\_\_\_ Cambio de estado civil  Casado legalmente  Divorciado  Fallecido

Cambio de nombre a \_\_\_\_\_ Fecha de entrada en vigencia de cambio de estado civil \_\_\_\_\_

Nueva dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ N.º de tel. nuevo \_\_\_\_\_

### B. AGREGAR SOLO NIÑOS RECIÉN NACIDOS O ADOPTADOS

Use esta sección para agregar solo los niños recién nacidos, adoptados o dados en adopción. Este Formulario de cambio debe ser presentado dentro de los 31 días posteriores a la fecha de nacimiento, adopción o colocación en adopción del niño. Todos los otros dependientes deben presentar una solicitud de empleado completa.

Apellido	Nombre	Inicial	Sexo	Relación	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)
1.			M/F	<input type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/> Adoptado*	
2.			M/F	<input type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/> Adoptado*	

\* Presentar copia de la adopción o los documentos de la colocación para adopción

### C. ELIMINAR MIEMBROS DE LA FAMILIA

#### Eliminar niños

Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de vigencia (MM/DD/AA)	Motivo
1.				
2.				

#### Eliminar cónyuge

Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de vigencia (MM/DD/AA)	Motivo
				<input type="checkbox"/> Fallecimiento <input type="checkbox"/> Anulación* <input type="checkbox"/> Divorcio* <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Inscripción abierta

\*Si está eliminando la cobertura para su cónyuge como consecuencia de un divorcio o anulación reciente, complete lo siguiente:

- Si tiene cobertura familiar**, debe presentar la primera y última página de la sentencia de divorcio y cualquier página que especifique las responsabilidades de cobertura para niños dependientes.
- Si no tiene cobertura familiar**, su cónyuge puede firmar el siguiente formulario para confirmar la solicitud de interrupción de la cobertura o puede presentar una copia de la primera y última página de la sentencia de divorcio.

Al firmar este formulario, reconozco que ya no tendré cobertura de atención médica a través de nationcare. Entiendo que puedo tener derechos para continuar con la cobertura como consecuencia de mi divorcio reciente y que la información adicional sobre cómo continuar con la cobertura se puede obtener a través del patrocinador del plan (empleador del cónyuge).

#### Firma del cónyuge Fecha

Excepto cuando el cónyuge ha fallecido o en la inscripción abierta, la firma del cónyuge es obligatoria.

### D. TÉRMINO O SUSPENSIÓN DE LOS BENEFICIOS MÉDICOS PARA EL EMPLEADOR (Marque solo las casillas correspondientes al empleado)

Fecha real del cambio \_\_\_\_\_ (Último día trabajado/elegibilidad perdida/jubilado, etc.)

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Término del empleo<br><input type="checkbox"/> Jubilación<br><input type="checkbox"/> Fallecimiento (la firma del empleado no es obligatoria)<br><input type="checkbox"/> Licencia por servicio militar activo | <input type="checkbox"/> Pérdida de elegibilidad (tiempo completo a parcial, pero aún sigue siendo empleado)<br><input type="checkbox"/> Término de la cobertura COBRA<br><input type="checkbox"/> Ya no deseo la cobertura | <input type="checkbox"/> Renuncia a la cobertura médica (debido a cobertura bajo un plan de padres o cónyuge) Se debe presentar un formulario de renuncia |
|---|---|---|

### E. FIRMA DEL EMPLEADO

Al firmar, usted acepta los cambios solicitados con anterioridad.

Firma del empleado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### F. INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR (Debe completarse)

**Nota:** Si un empleado solicita la cobertura de cobra, es posible que la prueba de elegibilidad para cobra sea obligatoria. Los empleados que soliciten la cobertura de cobra deben completar un Formulario de cobra separado. Puede responder las preguntas sobre cobra llamando al 415-625-2481. Los formularios de cobra se pueden obtener llamando al 801-442-5615.

**Después de completar este Formulario de cambio, envíelo por fax al 801-442-5798.**

Firma del empleador \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre de la empresa \_\_\_\_\_ N.º de grupo \_\_\_\_\_

Comentarios \_\_\_\_\_

# Aviso de tratamiento justo

SelectHealth cumple con las leyes federales de derechos civiles. No discriminamos ni lo tratamos de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Proporcionamos gratuitamente:

- > Ayuda para las personas con discapacidades para que se comuniquen con nosotros, como intérpretes de lenguaje de señas e información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos, otros).
- > Ayuda de idioma para aquellos cuyo primer idioma no es el inglés, como intérpretes y materiales para miembros escritos en otros idiomas.

Para obtener ayuda, llame a los Servicios para miembros de SelectHealth al **1-800-538-5038** o a los Servicios para miembros de SelectHealth Advantage al **1-855-442-9900** (Usuarios de TTY: 711).

Si cree que lo han tratado injustamente, llame al Coordinador de Derechos Civiles/504 de SelectHealth al **844-208-9012** (Usuarios de TTY: 711) o a la Línea de ayuda de cumplimiento al **800-442-4845** (Usuarios de TTY: 711). Usted también puede llamar a la Oficina de Derechos Civiles al **1-800-368-1019** (usuarios de TTY: **1-800-537-7697**).

## Servicios de acceso de idiomas

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame a SelectHealth.

注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 SelectHealth。

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số SelectHealth.

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.

SelectHealth. 번으로 전화해 주십시오.

Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'dé'ę', t'áá jiik'eh, éí ná hólq', kojì' hódííłnih SelectHealth.

ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू नि:शुल्क रूपमा उपलब्ध छ | SelectHealth मा फोन गर्नुहोस्।

FAKATOKANGA'I: Kapau 'oku ke lea fakatonga, ko e kau fakatonu lea te nau tokoni atu ta'etotongi, pea te ke lava 'o ma'u ia. Telefoni ki he SelectHealth.

ОБАВЕШТЕЊЕ: Ако говорите српски језик, услуге језичке помоћи доступне су вам бесплатно. Позовите SelectHealth.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa SelectHealth.

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: SelectHealth.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги переводчика. Позвоните SelectHealth.

ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل بشركة SelectHealth.

සඳහා: ටේසිසඤාඤාකර්මයාය ආචාර්යවරුන් සඳහා සහ ස්වදේශිකයන් සඳහා සහතික කිරීමේ සේවාවන් සඳහා සහ ස්වදේශිකයන් SelectHealth.

ATTENTION: si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Contactez SelectHealth.

注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。SelectHealth. まで、お電話にてご連絡ください。

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، خدمات کمک زبانی به صورت رایگان در اختیار شما خواهد گرفت. از طریق شماره SelectHealth تماس

ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă sunt disponibile servicii de asistență pentru această limbă în mod gratuit. Apelați SelectHealth.

ILANI: Ikiwa unazungumza Kiswahili, huduma za usaidizi wa lugha bila malipo, zinapatikana kwako. Piga simu SelectHealth.

**SelectHealth: 1-800-538-5038**

**SelectHealth Advantage: 1-855-442-9900**

