

Formulario de inscripción

El Programa de Beneficios de Salud de The Local Choice



El Programa de Beneficios de Salud de The Local Choice (TLC) ofrece una cobertura de cuidados médicos a las divisiones escolares y jurisdicciones gubernamentales locales. Está gestionado por el Departamento de Gestión de Recursos Humanos (DHRM) de Virginia, que también supervisa el Programa Estatal de Beneficios de Salud. Para más información, visite www.thelocalchoice.virginia.gov o póngase en contacto con nuestro Administrador de beneficios.

¿Cuándo puedo solicitar cambios en la inscripción o en las elecciones?

TLC utiliza las normas de elegibilidad e inscripción más liberales permitidas por el Servicio de Impuestos Internos (IRS), y este formulario describe en términos generales quién es elegible para los planes de salud de TLC y puede inscribirse en ellos. Si su empleador tiene un documento del plan con normas más restrictivas, usted debe registrarse por dicho documento. Póngase en contacto con su administrador de beneficios para conocer las normas específicas del plan de su empleador.

■ Inscripción inicial:

- **Como empleado:** Su solicitud de inscripción debe recibirse en un plazo de 30 días a partir de la fecha en que empiece a trabajar o sea recientemente elegible para recibir cobertura. Si su solicitud se recibe dentro del plazo, su cobertura entrará en vigencia el primer día del mes que coincida o siga a la fecha de contratación o a la finalización de cualquier periodo de espera. Si se le pasa el plazo, deberá esperar a la Inscripción abierta o a otro evento calificado de mitad de año (evento de vida), lo que ocurra primero. Una vez que haya presentado una elección válida durante el periodo de inscripción y dicha elección surta efecto, será vinculante y no podrá modificarse.
- **Como jubilado:** Su solicitud de inscripción debe recibirse en un plazo de 31 días a partir de la fecha de su retiro. Si su solicitud se recibe dentro del plazo establecido, su cobertura entrará en vigencia al día siguiente de que finalice su cobertura de empleado.
- **Como sobreviviente de jubilado fallecido:** TLC exige que su solicitud de inscripción se reciba en los 60 días siguientes al fallecimiento. Si el documento del plan de su empleador requiere un plazo más restrictivo, usted debe registrarse por dicho documento. Si su solicitud se recibe dentro del plazo, su cobertura entrará en vigencia el primer día del mes que coincida con el fallecimiento o el siguiente.

■ Inscripción abierta: La Inscripción Abierta tiene lugar cada año. Es su oportunidad anual para solicitar la inscripción o realizar cambios en las elecciones.

Cuando se agregan dependientes a la cobertura, se requiere documentación respaldatoria como prueba de elegibilidad. Si no cuenta con la documentación respaldatoria, no deje pasar el plazo de inscripción. La documentación puede presentarse posteriormente. Póngase en contacto con su administrador de beneficios si tiene preguntas específicas.

■ Evento calificado de mitad de año (evento de vida): Con la documentación respaldatoria, determinados eventos del año del plan permiten modificar la inscripción o la elección. TLC exige que su solicitud se reciba en un plazo de 60 días a partir de la fecha del evento. Si el documento del plan de su empleador requiere un plazo más restrictivo, usted debe registrarse por dicho documento. Su solicitud también debe ser compatible con el evento de vida. Por ejemplo, el divorcio es compatible con la baja de un cónyuge; el matrimonio es compatible con la adición de un cónyuge; y el nacimiento es compatible con la adición de un hijo. La cobertura comienza el primer día y finaliza el último día del mes. Si su solicitud se recibe dentro del plazo establecido, la cobertura entra en vigencia el primer día del mes siguiente a la recepción de su solicitud o después del evento, lo que ocurra más tarde. Cuando la fecha posterior es el primer día de un mes, la cobertura entra en vigencia ese día. En caso de nacimiento o adopción, la cobertura será retroactiva a la fecha de nacimiento, adopción o colocación para adopción. Si se le pasa el plazo de 60 días, deberá esperar a la Inscripción abierta o a otro evento calificado de mitad de año (evento de vida), lo que ocurra primero. Otros eventos pueden permitir una inscripción limitada o cambios en las elecciones. La cuenta regresiva comienza el día del evento. Una vez que haya presentado una elección válida durante el periodo de inscripción y dicha elección surta efecto, será vinculante y no podrá modificarse. Póngase en contacto con su administrador de beneficios si tiene preguntas específicas.

Para jubilados y sobrevivientes: Puede solicitar la baja prospectiva de miembros de la familia si llena el formulario de inscripción adjunto. El cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente a la recepción de su solicitud. Si desea cancelar su cobertura y la de todas las personas cubiertas, envíe su solicitud por escrito a TLC o a su administrador de beneficios antes de dejar de pagar el total de la prima. La cobertura cesará al finalizar el periodo de gracia para el pago.

¿Cómo puedo solicitar cambios en la inscripción o en la elección?

Llene y envíe el formulario de inscripción adjunto con la documentación respaldatoria a su administrador de beneficios dentro del plazo requerido. Póngase en contacto con su administrador de beneficios antes de que venza el plazo si tiene alguna duda o necesita más tiempo para presentar la documentación respaldatoria.

Formulario de inscripción al Programa de Beneficios de Salud de The Local Choice

PARTE 1: CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE LA PERSONA QUE PRESENTA ESTA SOLICITUD DE ELECCIÓN

Revise, llene y envíe este formulario de inscripción junto con la documentación respaldatoria a su administrador de beneficios dentro del plazo requerido. Si tiene alguna pregunta o necesita más tiempo, póngase en contacto con su administrador de beneficios antes de que finalice el plazo. Escriba claramente con letra de imprenta o a máquina. Este formulario debe estar firmado por el empleado, jubilado, sobreviviente o beneficiario calificado de la cobertura extendida/COBRA. No se aceptarán formularios firmados por un miembro de la familia.

N.º de ID (o número de seguro social): _____

Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____ Sufijo (Jr., Sr., II, III): _____

☐ Certifico que he revisado las instrucciones de este formulario de inscripción y que la información presentada es completa y exacta a mi leal saber y entender. Entiendo que una vez que esta elección entre en vigencia, no podrá cambiarse sin un evento posterior calificado de mitad de año (evento de vida) o hasta la próxima Inscripción abierta. Asimismo, entiendo que el Programa de Beneficios de Salud de The Local Choice y sus asociados comerciales tienen el derecho de usar información protegida de salud en conexión con el tratamiento, el pago y las operaciones de estos planes, tal como se define en la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros de Salud.

Firma: _____ Fecha (DD/MM/AA): ____/____/____

☐ Empleado a tiempo completo ☐ Empleado a tiempo parcial ☐ Jubilado ☐ Sobreviviente de jubilado fallecido

PARTE 2: MOTIVO POR EL QUE SE PRESENTA ESTA SOLICITUD DE ELECCIÓN Y DOCUMENTACIÓN RESPALDATORIA REQUERIDA

A. ☐ Inscripción inicial como empleado Fecha de contratación (DD/MM/AA): ____/____/____

B. ☐ Inscripción inicial como jubilado anticipado Último día de la cobertura anterior (DD/MM/AA): ____/____/____

C. ☐ Inscripción inicial como jubilado de Medicare Último día de la cobertura anterior (DD/MM/AA): ____/____/____

D. ☐ Inscripción inicial como sobreviviente de jubilado fallecido ☐ Cónyuge ☐ Fecha de fallecimiento del hijo (DD/MM/AA): ____/____/____

Nombre del fallecido: _____ ID del plan de salud del fallecido: _____

E. ☐ Inscripción abierta

F. ☐ Evento calificado de mitad de año (evento de vida) [indicar el evento a continuación] Fecha del evento calificado de mitad de año (evento de vida): ____/____/____ (DD/MM/AA)

Eventos compatibles con la incorporación de miembros de la familia a la cobertura:

- ☐ Matrimonio (certificado de matrimonio)
- ☐ Nacimiento o Adopción (certificado de nacimiento/anuncio del hospital o acuerdo de adopción)
- ☐ Sentencia, decreto u otra orden (incluida la custodia permanente) para agregar a un hijo que sea elegible (orden judicial)
- ☐ Un miembro de la familia elegible ha perdido su elegibilidad para formar parte del plan gubernamental (documentación del gobierno)
- ☐ Un miembro de la familia elegible ha perdido su elegibilidad para formar parte de Medicare o Medicaid (documentación del gobierno)
- ☐ Un miembro de la familia elegible ha perdido su elegibilidad para formar parte del plan de su empleador (documentación del empleador)
- ☐ Inscripción especial HIPAA por pérdida de otra cobertura grupal (certificado HIPAA)

Eventos compatibles con la baja de miembros de la familia de la cobertura:

- ☐ Divorcio (sentencia de divorcio)
- ☐ Muerte del cónyuge (documentación que acredite el fallecimiento)
- ☐ Fallecimiento del hijo cubierto (documentación que acredite el fallecimiento)
- ☐ El hijo cubierto ha perdido la elegibilidad para este plan médico (pérdida de la documentación de cobertura)
- ☐ Sentencia, decreto u orden de baja de un menor cubierto (orden judicial)
- ☐ Miembro de la familia cubierto ahora elegible para planes de Medicare o Medicaid (documentación de Medicare o Medicaid)
- ☐ Miembro de la familia cubierto ahora elegible para el plan de su empleador (documentación del empleador)

Otros eventos validados por su administrador de beneficios:

Cambio en el empleo: ☐ Tiempo completo a tiempo parcial ☐ Tiempo parcial a tiempo completo

☐ Inicio de licencia sin goce de sueldo ☐ Fin de licencia sin goce de sueldo

☐ Cambio significativo o Inscripción Abierta en el plan del otro empleador (documentación del empleador).

☐ Mudanza que afecta la elegibilidad para este plan médico

☐ El participante elegible (suscriptor) ha renunciado a su propia cobertura para ser incluido como miembro de la familia de este plan

☐ Inscripción en un plan médico del mercado de seguros médicos (documentación de la cobertura con fecha de entrada en vigencia)

☐ **Agregar a la membresía familiar existente (documentación que respalde la elegibilidad)**

Formulario de inscripción al Programa de Beneficios de Salud de The Local Choice

PARTE 3: IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA QUE PRESENTA ESTA SOLICITUD DE ELECCIÓN

N.º de ID (o número de seguro social): _____ Fecha de nacimiento (DD/MM/YY): ____/____/____

Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: ____ Apellido: _____ Sufijo (Jr., Sr., II, III): _____

Calle o apartado postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal+4: _____ - _____

☐ Femenino ☐ Masculino

Teléfono laboral (999) 999-9999: (____) _____ - _____ Teléfono personal (999) 999-9999: (____) _____ - _____

Correo electrónico: _____

☐ Empleado a tiempo completo ☐ Empleado a tiempo parcial ☐ Jubilado ☐ Sobreviviente de jubilado fallecido

PARTE 4: SOLICITUD DE ELECCIÓN DE LA COBERTURA DE CUIDADO MÉDICO

A. Deseo renunciar en este momento a la inscripción en esta cobertura de cuidado médico. Indique a continuación si tiene otra cobertura de cuidado médico.

☐ Estoy inscripto en otra cobertura de cuidado médico. Número de ID de la otra cobertura: _____

Administrador del plan: _____ Nombre del titular de la póliza: _____

☐ No tengo otra cobertura de cuidado médico.

B. Indique su selección de plan y la(s) persona(s) que estará(n) cubierta(s) por esta selección. No incluya en la lista a la persona que desee excluir de la cobertura.

☐ KA Expanded-Comprehensive

☐ KA 500-Comprehensive

☐ High Deductible Plan-Comprehensive

☐ KA Expanded-Preventive

☐ KA 500-Preventive

☐ High Deductible Plan-Preventive

☐ KA 250-Comprehensive

☐ KA 1000-Comprehensive

☐ Kaiser HMO

☐ KA 250-Preventive

☐ KA 1000-Preventive

☐ Sentara Health HMO

IMPORTANTE: Enumere a cada persona, incluido a usted mismo, que desea que esté cubierta por este plan (incluya un código para cada persona). Códigos: Y=Yo; Eo=Esposo; Ea=Esposa; Ha=Hija; Ho=Hijo; Hja-Hijastra; Hjo=Hijastro; OaM=Otra menor; OoM=Otro menor

Código	Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido, Sufijo (Jr., Sr., II, III)	Sexo (M/F)	Fecha de nacimiento (DD/MM/AA)	Número de seguro social (999-99-9999)
_____	_____	_____	_____	_____	____/____/____	____-____-____
_____	_____	_____	_____	_____	____/____/____	____-____-____
_____	_____	_____	_____	_____	____/____/____	____-____-____
_____	_____	_____	_____	_____	____/____/____	____-____-____
_____	_____	_____	_____	_____	____/____/____	____-____-____

C. Indique su selección del plan de coordinación de Medicare y la(s) persona(s) que estará(n) cubierta(s) por esta selección - incluya un código para cada persona.

☐ Advantage 65 ☐ Advantage 65 + Dental & Vision ☐ Opción I: Plan gratuito de Medicare

Código	Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido, Sufijo (Jr., Sr., II, III)	Sexo (M/F)	Fecha de nacimiento (DD/MM/AA)	Número de seguro social (999-99-9999)
_____	_____	_____	_____	_____	____/____/____	____-____-____

ID de Medicare: _____ Parte A (DD/MM/AA): ____/____/____ Parte B (DD/MM/AA): ____/____/____

ID de Medicare: _____ Parte A (DD/MM/AA): ____/____/____ Parte B (DD/MM/AA): ____/____/____

PARTE 5: CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN DEL ADMINISTRADOR DE BENEFICIOS PARA ESTA ELECCIÓN:

Formulario recibido (DD/MM/AA): ____/____/____ Fecha de entrada en vigencia (DD/MM/AA): ____/____/____

☐ Facturación en grupos ☐ Facturación directa

N.º del grupo DHRM: _____

☐ Certifico que el presente formulario es legible y que, a mi leal saber y entender, la información que figura en él y en la documentación respaldatoria requerida es completa y exacta. Entiendo que los formularios ilegibles o incompletos retrasarán el procesamiento.

Autorizado por: Nombre: _____ Teléfono: (____) _____ - _____ Ext: _____

Enviar el formulario autorizado por: Correo electrónico: TLC@dhrm.virginia.gov, Fax: (804) 786-1708, o Correo postal: DHRM-TLC, 101 N 14th St Fl 13, Richmond, VA 23219