

Formulario de Inscripción, Cambio y Rechazo de la Cobertura

Elegibilidad:

¿Es usted un empleado activo que efectúa contribuciones mensuales a TRS? Sí No
 De ser no, ¿trabaja usted 10 horas o más por semana según su horario? Sí No

*Si la respuesta a ambas preguntas es no, entonces usted no es elegible para recibir cobertura de TRS ActiveCare.

Sección 1: Inscripción/Cambio

***Revise las opciones 1 al 3 detenidamente antes de seleccionar cualquiera de ellas.**

Opción 1: Inscripciones

- Inscripción Anual *Seleccione la fecha de vigencia si su opción es **Empleado Nuevo**:
- Agregar Dependientes Vigente en forma activa en su trabajo
- Empleado Nuevo*
- Inscripción Especial** Vigente el 1r día del mes siguiente

For District Use Only	
TRS District #:	
Actively at Work Date:	/ /
Effective/Change Date:	/ /
Employer Approval:	

Seleccione el tipo de Evento aplicable *De haber usted seleccionado **Pérdida de Cobertura**, especifique:

Inscripción Especial:

- Matrimonio
- Nacimiento/Adopción
- Pérdida de Cobertura***
- Mandato Judicial
- Otro: _____

Cancelar empleado por:

- Fallecimiento
- Pérdida de Elegibilidad
- Jubilación/Despido
- Falta de Pago
- Otro: _____

Cancelar dependiente por:

- Divorcio
- Fallecimiento
- Pérdida de Elegibilidad
- Rechazo de Cobertura
- Otro: _____

Fecha de este Evento de Vida: ____ / ____ / ____

¿Estaba usted cubierto antes por un distrito escolar diferente? Sí No

De ser sí, Nombre del Distrito Escolar: _____

Opción 2: Cambios

- Nombre
- Dirección
- Plan/Cobertura

Fecha Vigente del Cambio: ____ / ____ / ____

Opción 3: Rechazo de la Cobertura

- Sí
- No se aplica

*De seleccionar que sí, deberá completar la Sección 6

Sección 2: Información del Empleado

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Inicial: _____ SSN: ____ - ____ - ____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Otra Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Tel.(Trabajo): ____ - ____ - ____ Correo Electrónico: _____

Sexo: M F Idioma: Inglés Español ¿Fuma Usted?: Sí No Raza/Grupo Étnico: _____

¿Está cubierto por otro seguro? Sí No ¿Está cubierto por Medicare? Sí No

Cobertura de Medicare por:

- Derecho de Edad
- Incapacidad
- Enfermedad Renal en Fase Terminal (ESRD)

Tipo de Cobertura de Medicare:

- Medicare A y D Primaria
- Medicare A, B y D Primaria
- Medicare B y D Primaria
- Medicare D Primaria
- Medicare A Primaria

- Medicare A y B Primaria
- Medicare B Primaria
- Medicare (Desconoce el tipo)
- Otra Cobertura

Sección 3: Selección de la Cobertura

Plan Seleccionado:

- ActiveCare 1-HD
- ActiveCare Select
- ActiveCare 2
- ActiveCare Baptist Select*
- ActiveCare Baylor Select*
- ActiveCare Kelsey Select*
- ActiveCare Memorial Hermann Select*
- ActiveCare Seton Select*

HMO Seleccionado:

- First Care Health Plans
- Scott & White Plan
- O BIEN Blue Essential Access Plan

Nivel de Cobertura:

- Empleado Solamente
- Empleado + Cónyuge
- Empleado + Hijo(s)
- Empleado + Familia

*Su elegibilidad para cada plan se determinará, según el código postal de su domicilio.

Sección 4: Información del Dependiente (Utilice un formulario adicional si tiene más dependientes a incluir).

CÓNYUGE Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Inicial: _____

Dirección: _____ Igual a la del empleado

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ - _____ - _____ Sexo: M F Fecha de Nacimiento: ____/____/____ SSN: _____ - _____ - _____

¿Está cubierto por otro seguro? Sí No De ser sí, la compañía de seguro/plan: _____

¿Fuma Usted?: Sí No

Si posee Medicare, seleccione el tipo de cobertura:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Medicare A y D Primaria | <input type="checkbox"/> Medicare A y B Primaria |
| <input type="checkbox"/> Medicare A, B y D Primaria | <input type="checkbox"/> Medicare B Primaria |
| <input type="checkbox"/> Medicare B y D Primaria | <input type="checkbox"/> Medicare (Desconoce el tipo) |
| <input type="checkbox"/> Medicare D Primaria | <input type="checkbox"/> Otra Cobertura |
| <input type="checkbox"/> Medicare A Primaria | |

HIJO Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Inicial: _____

Hijo Nieto Incapacitado Otro ¿Fuma Usted (*se requiere para hijos mayores de 18 años)

Dirección: _____ Igual a la del empleado

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ - _____ - _____ Sexo: M F Fecha de Nacimiento: ____/____/____ SSN: _____ - _____ - _____

¿Está cubierto por otro seguro? Sí No De ser sí, compañía de seguro/plan: _____

Si posee Medicare, seleccione el tipo de cobertura:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Medicare A y D Primaria | <input type="checkbox"/> Medicare A y B Primaria |
| <input type="checkbox"/> Medicare A, B y D Primaria | <input type="checkbox"/> Medicare B Primaria |
| <input type="checkbox"/> Medicare B y D Primaria | <input type="checkbox"/> Medicare (Desconoce el tipo) |
| <input type="checkbox"/> Medicare D Primaria | <input type="checkbox"/> Otra Cobertura |
| <input type="checkbox"/> Medicare A Primaria | |

HIJO Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Inicial: _____

Hijo Nieto Incapacitado Otro ¿Fuma Usted? (*se requiere para hijos mayores de 18 años)

Dirección: _____ Igual a la del empleado

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ - _____ - _____ Sexo: M F Fecha de Nacimiento: ____/____/____ SSN: _____ - _____ - _____

¿Está cubierto por otro seguro? Sí No De ser sí, compañía de seguro/plan: _____

Si posee Medicare, seleccione el tipo de cobertura:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Medicare A y D Primaria | <input type="checkbox"/> Medicare A y B Primaria |
| <input type="checkbox"/> Medicare A, B y D Primaria | <input type="checkbox"/> Medicare B Primaria |
| <input type="checkbox"/> Medicare B y D Primaria | <input type="checkbox"/> Medicare (Desconoce el tipo) |
| <input type="checkbox"/> Medicare D Primaria | <input type="checkbox"/> Otra Cobertura |
| <input type="checkbox"/> Medicare A Primaria | |

HIJO Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Inicial: _____

Hijo Nieto Incapacitado Otro ¿Fuma Usted (*se requiere para hijos mayores de 18 años)

Dirección: _____ Igual a la del empleado

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ - _____ - _____ Sexo: M F Fecha de Nacimiento: ____/____/____ SSN: _____ - _____ - _____

¿Está cubierto por otro seguro? Sí No De ser sí, compañía de seguro/plan: _____

Si posee Medicare, seleccione el tipo de cobertura:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Medicare A y D Primaria | <input type="checkbox"/> Medicare A y B Primaria |
| <input type="checkbox"/> Medicare A, B y D Primaria | <input type="checkbox"/> Medicare B Primaria |
| <input type="checkbox"/> Medicare B y D Primaria | <input type="checkbox"/> Medicare (Desconoce el tipo) |
| <input type="checkbox"/> Medicare D Primaria | <input type="checkbox"/> Otra Cobertura |
| <input type="checkbox"/> Medicare A Primaria | |

HIJO Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Inicial: _____
 Hijo Nieto Incapacitado Otro ¿Fuma Usted? (*se requiere para hijos mayores de 18 años)
 Dirección: _____ Igual a la del empleado
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Teléfono: _____ - _____ - _____ Sexo: M F Fecha de Nacimiento: ____/____/____ SSN: _____ - _____ - _____
 ¿Está cubierto por otro seguro? Sí No De ser sí, compañía de seguro/plan: _____
 Si posee Medicare, seleccione el tipo de cobertura:
 Medicare A y D Primaria Medicare A y B Primaria
 Medicare A, B y D Primaria Medicare B Primaria
 Medicare B y D Primaria Medicare (Desconoce el tipo)
 Medicare D Primaria Otra Cobertura
 Medicare A Primaria

Sección 5: Dependientes Incapacitados Mayores de 26 Años de Edad

Solicitud de Continuidad de la Cobertura para Hijo Incapacitado y Constancia Emitida por el Médico que lo Atiende
 * Tenga presente que la Solicitud de Continuidad de la Cobertura para Hijo Incapacitado y la Constancia Emitida por el Médico que lo Atiende se requieren para la cobertura de un hijo incapacitado mayor de 26 años y **deberán entregarse en el lapso de 31 días** posterior al momento en que el hijo cumpla los 26 años de edad. Para obtener los formularios correspondientes, diríjase a su Administrador de Beneficios. Usted deberá llenar los formularios totalmente y entregárselos a su Administrador de Beneficios.

Sección 6: Rechazo de la Cobertura

* Por la presente, certifico que se me ha explicado la cobertura disponible y se me ha brindado la oportunidad de solicitar dicha cobertura para mí y para mis dependientes. No obstante, he decidido por voluntad propia rechazar la cobertura, según lo indico a continuación:

Nombre: _____ SSN: _____ - _____ - _____ <input type="checkbox"/> Empleado: Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Fecha de Nacimiento: ____/____/____ <input type="checkbox"/> Otra Cobertura: _____ Dirección: _____
Nombre: _____ SSN: _____ - _____ - _____ <input type="checkbox"/> Cónyuge: Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Fecha de Nacimiento: ____/____/____ <input type="checkbox"/> Otra Cobertura: _____ Dirección: _____ <input type="checkbox"/> Igual a la del empleado
Nombre: _____ SSN: _____ - _____ - _____ <input type="checkbox"/> Hijo: Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Fecha de Nacimiento: ____/____/____ <input type="checkbox"/> Otra Cobertura: _____ Dirección: _____ <input type="checkbox"/> Igual a la del empleado
Nombre: _____ SSN: _____ - _____ - _____ <input type="checkbox"/> Hijo: Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Fecha de Nacimiento: ____/____/____ <input type="checkbox"/> Otra Cobertura: _____ Dirección: _____ <input type="checkbox"/> Igual a la del empleado
Nombre: _____ SSN: _____ - _____ - _____ <input type="checkbox"/> Hijo: Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Fecha de Nacimiento: ____/____/____ <input type="checkbox"/> Otra Cobertura: _____ Dirección: _____ <input type="checkbox"/> Igual a la del empleado
Nombre: _____ SSN: _____ - _____ - _____ <input type="checkbox"/> Hijo: Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Fecha de Nacimiento: ____/____/____ <input type="checkbox"/> Otra Cobertura: _____ Dirección: _____ <input type="checkbox"/> Igual a la del empleado

Sección 7: Condiciones de la Cobertura

Por la presente, declaro que soy elegible para participar en la cobertura o coberturas ofrecidas por el programa TRS-ActiveCare, administrado por Aetna, con beneficios de HMO proporcionados por SHA, L.L.C. razón social (dba) FirstCare Health Plan, Scott and White Health Plan y Blue Cross and Blue Shield of Texas, una División de Health Care Service Corporation Health Plans. En virtud de lo anterior, en nombre propio y en el de mis dependientes aquí mencionados, por la presente solicito estas coberturas para las cuales soy elegible.

- De estar inscribiendo a un nieto, certifico que mi residencia es la residencia primaria de mi nieto y que este aparece como mi dependiente en mi declaración de impuesto sobre la renta para el año en curso, año en el cual se encuentra vigente la cobertura de mi nieto.
- De estar inscribiendo a un niño como "Otro Hijo", según lo indicado en la Sección 4, certifico que mi residencia es la residencia primaria del niño, que proveo mínimo un 50% de la manutención del mismo, que ninguno de los padres biológicos del niño reside conmigo y que tengo derecho legal de tomar decisiones relacionadas con el cuidado médico de tal niño.

Solo se pondrán a mi disposición las coberturas para las cuales sea yo elegible. Comprendo que, de aceptarse mi solicitud de cobertura, la misma entrará en vigencia de conformidad con las disposiciones o el programa de TRS-ActiveCare.

Comprendo que, al inscribirme para recibir cobertura, se dará por terminada bajo las Reglas de TRS toda cobertura de TRS-ActiveCare previamente elegida bajo otro distrito escolar o entidad que participe en TRS-ActiveCare.

Por la presente, autorizo a mi Empleador para que efectúe la deducción de nómina necesaria, de aplicarse al caso, a fin de que pueda cubrirse el costo de mi cobertura. Estoy de acuerdo en que mi Empleador actúe como mi agente. Todo aviso proporcionado a mi Empleador se considerará como obligatorio para mí. Así mismo, estoy de acuerdo en que mi participación en la cobertura estará sujeta a cualquier modificación futura de la misma.

Comprendo que si rechazo en este momento la cobertura de TRS-ActiveCare o doy por terminada mi cobertura de TRS-ActiveCare durante el año del plan, no seré entonces elegible para volver a inscribirme en TRS-ActiveCare hasta el siguiente año del plan, a menos que presente yo un evento de inscripción especial.

Por la presente declaro que la información proporcionada en esta solicitud de inscripción es correcta y verdadera. Comprendo que toda declaración incorrecta en cuanto a riesgo, efectuada por mí a mi leal saber y entender, invalidará automáticamente mi cobertura.

Firma del Solicitante: _____ Fecha: ____/____/____