

## Formulario de Inscripción, Cambio y Rechazo de Cobertura (Enrollment, Change and Declination Form)

### Elegibilidad:

¿Es usted un empleado activo y efectúa contribuciones mensuales a TRS?  Sí  No

De no ser así, ¿está estipulado que trabaje usted un horario de 10 o más horas por semana?  Sí  No

\*De responder "no" a ambas preguntas, usted no es elegible para recibir cobertura de TRS ActiveCare.

### Sección 1: Tipo de Transacción: Inscripción / Cambio

\*Revise detenidamente las Opciones 1 al 3 antes de tomar su decisión.

#### Opción 1: Inscribirse

- Inscripción Anual
- Agregar Dependiente
- Empleado Nuevo\*
- Inscripción Especial \*\*

\*Seleccione la fecha de vigencia si escoge

#### Empleado Nuevo:

- Vigente el 1er día de empleo activo
- Vigente el 1er día del mes siguiente

#### For District Use Only

TRS District #: \_\_\_\_\_  
 Actively at Work Date:     /     /  
 Effective/Change Date:    /     /  
 Employer Approval: \_\_\_\_\_

\*\*Si selecciona **Inscripción Especial**,

indique el tipo de Evento Aplicable:

- Matrimonio
- Nacimiento o Adopción de un Hijo
- Pérdida de Cobertura\*\*\*
- Mandato Judicial
- Otro: \_\_\_\_\_

Fecha del Evento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\*\*\*Si selecciona **Pérdida de Cobertura**, especifique el motivo:

Para Cancelar la Cobertura de

Empleado:

- Fallecimiento
- Pérdida de Elegibilidad
- Jubilación / Despido
- Sin Pago
- Otro: \_\_\_\_\_

Para Cancelar la Cobertura de

Dependiente:

- Divorcio
- Fallecimiento
- Pérdida de Elegibilidad
- Abandono de Cobertura
- Otro: \_\_\_\_\_

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

De ser sí, escriba aquí el nombre del distrito escolar: \_\_\_\_\_

#### Opción 2: Efectuar Cambios

- Nombre
  - Dirección
  - Plan/Cobertura
- Fecha Vigente del Cambio: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### Opción 3: Rechazar la Cobertura

- Sí
- No se aplica

\*De responder que "sí", deberá llenar la Sección 7

### Sección 2: Información Acerca del Empleado

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del Segundo: \_\_\_\_\_ Seguro Social: - - -

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Dirección Alternativa: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tel: (Trabajo): \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Sexo:  M  F Idioma:  inglés  español ¿Consumo Tabaco o sus derivados?  Sí  No Raza/Grupo Étnico: \_\_\_\_\_

¿Posee otra cobertura de seguro médico?  Sí  No

¿Está cubierto por Medicare?  Sí  No

Motivo de la Cobertura de Medicare:

- Edad de Elegibilidad
- Incapacidad
- Enfermedad Renal en Fase Terminal

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 cuál)
- Otra Cobertura

**Sección 3: Selección de la Cobertura**

Selección del Plan:

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

Selección del Plan HMO:

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

Nivel de Cobertura:

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

\*La Elegibilidad suya en un plan se determina dependiendo del código postal de su domicilio.

**Sección 4: Proveedor del Cuidado Primario**

Para elegir una cobertura del Plan ActiveCare 1-HD siendo usted o sus dependientes residentes de los condados de Harris, Fort Bend, Brazoria, Galveston o Montgomery, deberá seleccionar a un médico primario para usted y para sus dependientes. Si ya tiene un médico primario, puede colocar esa información en el recuadro que aparece a continuación. Usted puede obtener el número de su médico primario, comunicándose con este último o visitando el [www.TRSAActiveCareAetna.com](http://www.TRSAActiveCareAetna.com) y haciendo clic en la sección "Para Encontrar un Médico o Instalación" (*Find a Doctor or Facility*). De no tener usted un médico primario, podrá entonces hacer una búsqueda de los proveedores en su área, utilizando el mismo sitio web suministrado anteriormente. Usted deberá escribir los datos del médico primario de cada dependiente enumerado a continuación.

Si usted se inscribe en ActiveCare 1-HD y no selecciona un médico primario, se le asignará uno y el número de dicho proveedor aparecerá en las nuevas tarjetas de identificación suyas y de sus dependientes. Si tiene alguna pregunta, sírvase llamar al Departamento de Servicio al Cliente de TRS-ActiveCare al (833) 682-8972.

Nombre del Médico Primario: \_\_\_\_\_

Número de Identificación del Proveedor #: \_\_\_\_\_

**Sección 5: Información del Dependiente (Utilice un formulario adicional si tiene más dependientes)****CÓNYUGE:** Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del Segundo: \_\_\_\_\_Dirección: \_\_\_\_\_  Igual a la del empleado

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre del Médico Primario: \_\_\_\_\_

Número de Identificación del Proveedor: \_\_\_\_\_

¿Está cubierto por otro seguro?  Sí  No De ser sí, indique el nombre de la compañía/plan: \_\_\_\_\_¿Consuma tabaco o sus derivados?:  Sí  No

Si tiene cobertura de Medicare, seleccione el tipo de cobertura que posee:

- Medicare A y D Primaria  Medicare D Primaria  Medicare B Primaria  
 Medicare A, B y D Primaria  Medicare A Primaria  Medicare (Desconoce cuál)  
 Medicare B y D Primaria  Medicare A y B Primaria  Otra Cobertura

**HUJO:** Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del Segundo: \_\_\_\_\_ Hijo  Nieto  Incapacitado  Otro  ¿Consuma tabaco o sus derivados? (\*Se requiere si tiene 18 años o más)Dirección: \_\_\_\_\_  Igual a la del empleado

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre del Médico Primario: \_\_\_\_\_

Número de Identificación del Proveedor: \_\_\_\_\_

¿Posee otra cobertura de seguro?  Sí  No De ser sí, indique el nombre de la compañía/plan: \_\_\_\_\_

Si tiene cobertura de Medicare, seleccione el tipo de cobertura que posee:

- Medicare A y D Primaria  Medicare D Primaria  Medicare B Primaria  
 Medicare A, B, y D Primaria  Medicare A Primaria  Medicare (Desconoce cuál)  
 Medicare B y D Primaria  Medicare A y B Primaria  Otra Cobertura

**HIJO:** Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del Segundo: \_\_\_\_\_

Hijo  Nieto  Incapacitado  Otro  ¿Consume tabaco o sus derivados? (\*Se requiere si tiene 18 años o más)

Dirección: \_\_\_\_\_  Igual a la del empleado

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre del Médico Primario: \_\_\_\_\_

Número de Identificación del Proveedor: \_\_\_\_\_

¿Posee otra cobertura de seguro?  Sí  No De ser así, indique el nombre de la compañía/plan: \_\_\_\_\_

Si tiene Medicare, seleccione el tipo de cobertura que posee:

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

**HIJO:** Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del Segundo: \_\_\_\_\_

Hijo  Nieto  Incapacitado  Otro  ¿Consume tabaco o sus derivados? (\*Se requiere si tiene 18 años o más)

Dirección: \_\_\_\_\_  Igual a la del empleado

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre del Médico Primario: \_\_\_\_\_

Número de Identificación del Proveedor: \_\_\_\_\_

¿Posee otra cobertura de seguro?  Sí  No De ser así, indique el nombre de la compañía/plan: \_\_\_\_\_

Si tiene Medicare, seleccione el tipo de cobertura que posee:

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

**HIJO:** Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del Segundo: \_\_\_\_\_

Hijo  Nieto  Incapacitado  Otro  ¿Consume tabaco o sus derivados? (\*Se requiere si tiene 18 años o más)

Dirección: \_\_\_\_\_  Igual a la del empleado

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre del Médico Primario: \_\_\_\_\_

Número de Identificación del Proveedor: \_\_\_\_\_

¿Posee otra cobertura de seguro?  Sí  No De ser así, indique el nombre de la compañía/plan: \_\_\_\_\_

Si tiene Medicare, seleccione el tipo de cobertura que posee:

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

### Sección 6: Dependientes Incapacitados Mayores de 26 Años de Edad

Formulario de Solicitud de Continuidad de Cobertura para el Hijo Incapacitado y Declaración del Médico Tratante

\* Sírvase notar que, para el hijo incapacitado mayor de 26 años, se requieren el Formulario de Solicitud de Continuidad de Cobertura para el Hijo Incapacitado y la Declaración del Médico Tratante. Estos documentos deberán presentarse **dentro del lapso de 31 días** posterior a la fecha en la cual su hijo cumpla los 26 años de edad. Diríjase a su Administrador de Beneficios para obtener una copia de estos formularios, los cuales deberá usted llenar y presentarle a su Administrador de Beneficios.

### Sección 7: Rechazo de la Cobertura

\* La presente sirve para certificar que se me ha explicado la cobertura disponible. Se nos ha brindado, a mí y a mis dependientes, la oportunidad de solicitar la cobertura disponible y hemos optado voluntariamente por rechazar la cobertura según se indica a continuación:

Nombre: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_  Empleado

Sexo:  M  F Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Otra Cobertura: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_  Cónyuge

Sexo:  M  F Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Otra Cobertura: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  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 8: Condiciones de la Cobertura**

Por la presente, certifico que soy elegible para participar en las 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 nombre propio y de mis dependientes aquí indicados, solicito las coberturas para las cuales soy elegible.

- Si estoy inscribiendo a un nieto. Por tanto, certifico que mi domicilio constituye el domicilio primario de mi nieto y que este es considerado mi dependiente para fines de la declaración del impuesto sobre la renta para el año en el cual la cobertura de mi nieto estará vigente.
- Si estoy inscribiendo a un menor no considerado como "otro hijo" en la Sección 4 de este formulario, certifico que mi domicilio constituye el domicilio primario de tal menor, que proporcione mínimo un 50% de la manutención del mismo y que ninguno de los padres biológicos de este menor residen en mi domicilio y que, por ende, poseo el derecho legal de tomar decisiones relacionadas con el cuidado médico de este hijo.

Solo estarán a mi disposición las coberturas para las cuales sea yo elegible. Comprendo que, de aceptarse mi solicitud, las coberturas entrarán en vigor de conformidad con lo establecido por las disposiciones del programa TRS-ActiveCare.

Comprendo que al inscribirme para recibir cobertura se dará por terminada, bajo las reglas de TRS, toda cobertura de TRS-ActiveCare seleccionada anteriormente bajo otro distrito escolar o entidad participante.

Por la presente, autorizo a mi Empleador a efectuar la deducción de nómina correspondiente, de haber alguna, a fin de que pueda cubrirse el costo de mis coberturas. Por otra parte, expreso estar de acuerdo en que mi Empleador funja como mi agente. Todos los avisos proporcionados por mi Empleador serán de carácter obligatorio para mí. También estoy de acuerdo en que mi participación en las coberturas quedará sujeta a toda enmienda futura.

Comprendo que, de rechazar ahora o dar por terminada la cobertura de TRS-ActiveCare durante el año del plan, ya no seré yo elegible para volverme a inscribir en TRS-ActiveCare hasta el siguiente año del plan, a menos que presente yo un evento especial de inscripción.

Así mismo, declaro que la información proporcionada en este documento de inscripción es fiel y verdadera, a mi leal saber y entender. Comprendo y estoy de acuerdo con que toda declaración material efectuada por mí de manera incorrecta y a consciencia invalidará mis coberturas.

Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_ Date:    /    /    \_\_\_\_\_