

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN/CAMBIO DE BENEFICIOS PARA EMPLEADOS 2026

Sección 1: A completar por el IC/HRG - SOLO USO INTERNO

N.º de personal KHRIS	N.º de unidad organizativa	N.º de centro de costos	Nombre de la empresa	Número de la empresa	Fecha de entrada en vigor de la cobertura	Fecha de contratación/Evento calificado/Traslado/Término
Motivo(s) de la solicitud: ☐ Nuevo empleado ☐ Recontratación/Reincorporación ☐ Nuevo grupo ☐ Evento calificado ☐ Cambio o actualización ☐ ACA ☐ Excepción ☐ Inscripción abierta ☐ Actualización de datos demográficos		Cambio en la condición del empleado: ☐ Traslado ☐ Inicio de licencia sin goce de sueldo (LWOP) ☐ Fin de licencia sin goce de sueldo (LWOP) ☐ Inicio de licencia militar ☐ Fin de licencia militar ☐ Jubilación ☐ Despido ☐ Traslado de verano		Evento calificado: ☐ Matrimonio ☐ Nacimiento/Adopción/Colocación ☐ Orden judicial para un niño ☐ Divorcio ☐ Fallecimiento ☐ Pérdida de seguro médico individual ☐ Pérdida de seguro médico colectivo ☐ Inicio de Medicare/Medicaid ☐ Fin de Medicare/Medicaid ☐ Inicio de empleo de cónyuge/dependiente ☐ Terminación de empleo de cónyuge/dependiente ☐ Otro: _____		
Transferencia de una entidad cubierta por KEHP a otra entidad cubierta por KEHP: Esta sección la debe completar la NUEVA empresa, y no se permiten cambios en la cobertura actual. N.º de agencia anterior: _____ Último día trabajado: _____						

Sección 2: Información del empleado

N.º de Seguro Social del empleado	Nombre del empleado (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
Dirección postal	Ciudad, estado, código postal	Condado
N.º de teléfono principal	N.º de teléfono secundario	Correo electrónico – Preferentemente correo laboral
Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino	Casado: ☐ Sí ☐ No	

Datos sobre raza/origen étnico: La Mancomunidad de Kentucky no discrimina por motivos de raza, color, religión, sexo, nacionalidad de origen, orientación sexual, identidad o expresión de género, ascendencia, edad, embarazo o afecciones médicas relacionadas, estado civil o familiar, discapacidad, condición de veterano, afiliación política ni información genética, de acuerdo con las leyes estatales y federales. **Responder las siguientes preguntas es OPCIONAL y NO afectará los términos ni las condiciones de su cobertura médica ni su elegibilidad para dicha cobertura.** El Gobierno federal recomienda encarecidamente a los empleadores y a los planes de salud que recopilen datos sociales sobre las personas para identificar mejor las condiciones ambientales y personales que afectan una amplia gama de resultados en la salud y la calidad de vida. **Esos datos se mantendrán privados y se utilizarán únicamente para ayudar a la Mancomunidad de Kentucky a comprender mejor cómo brindarle servicios de atención médica. Seleccione la categoría con la que se identifica:**

☐ Hispano o latino ☐ Blanco (no hispano ni latino) ☐ Negro o afroamericano (no hispano ni latino) ☐ Asiático (no hispano ni latino) ☐ Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico (no hispano ni latino) ☐ Indio americano o nativo de Alaska (no hispano ni latino) ☐ Dos o más razas
☐ Prefiero no responder

Sección 3: Información del cónyuge

N.º de Seguro Social del cónyuge	Nombre del cónyuge (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino	Salud ☐ Agregar ☐ Eliminar ☐ Mantener Dental ☐ Agregar ☐ Eliminar ☐ Mantener Visión ☐ Agregar ☐ Eliminar ☐ Mantener	
☐ Deseo utilizar la opción de pago con referencia cruzada (dos miembros, casados con hijos). No disponible para nuevos empleados a partir del 1/1/2025 inclusive.		
N.º de personal del cónyuge	Fecha de contratación del cónyuge	N.º de unidad organizativa del cónyuge
N.º de teléfono principal del cónyuge	N.º de teléfono secundario del cónyuge	Correo electrónico del cónyuge – Preferentemente correo laboral

Sección 4: Información de los dependientes				Salud	Dental	Visión
N.º de Seguro Social del niño n.º 1	Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Dependiente con discapacidad	☐ Agregar ☐ Eliminar ☐ Mantener	☐ Agregar ☐ Eliminar ☐ Mantener	☐ Agregar ☐ Eliminar ☐ Mantener
N.º de Seguro Social del niño n.º 2	Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Dependiente con discapacidad	☐ Agregar ☐ Eliminar ☐ Mantener	☐ Agregar ☐ Eliminar ☐ Mantener	☐ Agregar ☐ Eliminar ☐ Mantener
N.º de Seguro Social del niño n.º 3	Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Dependiente con discapacidad	☐ Agregar ☐ Eliminar ☐ Mantener	☐ Agregar ☐ Eliminar ☐ Mantener	☐ Agregar ☐ Eliminar ☐ Mantener
N.º de Seguro Social del niño n.º 4	Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Dependiente con discapacidad	☐ Agregar ☐ Eliminar ☐ Mantener	☐ Agregar ☐ Eliminar ☐ Mantener	☐ Agregar ☐ Eliminar ☐ Mantener
N.º de Seguro Social del niño n.º 5	Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Dependiente con discapacidad	☐ Agregar ☐ Eliminar ☐ Mantener	☐ Agregar ☐ Eliminar ☐ Mantener	☐ Agregar ☐ Eliminar ☐ Mantener
N.º de Seguro Social del niño n.º 6	Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Dependiente con discapacidad	☐ Agregar ☐ Eliminar ☐ Mantener	☐ Agregar ☐ Eliminar ☐ Mantener	☐ Agregar ☐ Eliminar ☐ Mantener
N.º de Seguro Social del niño n.º 7	Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Dependiente con discapacidad	☐ Agregar ☐ Eliminar ☐ Mantener	☐ Agregar ☐ Eliminar ☐ Mantener	☐ Agregar ☐ Eliminar ☐ Mantener

Sección 5: Declaración de consumo de tabaco Las reglas que rigen la declaración de consumo de tabaco pueden consultarse en línea en kehp.ky.gov. Podrá beneficiarse de los porcentajes de contribución a la prima para no consumidores de tabaco siempre que certifique que usted o cualquier otra persona que esté cubierta por su plan no haya consumido tabaco de forma habitual en los últimos seis meses.

Titular del plan: En los últimos 6 meses, ¿ha consumido tabaco con regularidad? ☐ Sí ☐ No

Su cónyuge, si está cubierto por este plan, ¿ha consumido tabaco con regularidad en los últimos 6 meses? ☐ Sí ☐ No

Algún hijo cubierto por este plan, mayor de 18 años, ¿ha consumido tabaco con regularidad en los últimos 6 meses? ☐ Sí ☐ No

Sección 6: Opciones de plan de seguro médico *Todos los planes requieren la promesa LivingWell para recibir el descuento de \$40 en la prima mensual para el próximo año del plan. Las instrucciones y la información extra sobre cómo cumplir con la promesa LivingWell se pueden encontrar en kehp.ky.gov en la Guía de selección de beneficios.*

☐ LivingWell CDHP ☐ LivingWell PPO ☐ LivingWell CDHP básico ☐ Plan de salud con deducible alto LivingWell

Seleccione un nivel de prima de salud ☐ Individual (solo empleado) ☐ Parent Plus (empleado + hijos) ☐ Pareja (empleado y cónyuge) ☐ Familiar (empleado, cónyuge e hijos)

☐ Exención HRA (de propósito general) – con \$ (Declaro que yo y, si corresponde, mi cónyuge y mis dependientes, contamos con otra cobertura de plan de salud grupal que proporciona un valor mínimo. En la medida aplicable, he listado a mi cónyuge y a todos los dependientes cuyos gastos médicos pueden ser reembolsados bajo el HRA en las Secciones 3 y 4 de esta solicitud.)

- Fuente de otra cobertura:** ☐ Cubierto por el empleador de mi cónyuge (no incluye TRICARE) ☐ Cubierto por el empleador de mi padre/madre ☐ Doble cobertura grupal/mi segundo empleador/plan de jubilación

*** Nota:** si tiene Medicaid, Medicare, TRICARE, Christian Healthcare Ministry, beneficios para veteranos o cobertura individual con Marketplace/Exchange, no es elegible para la exención de HRA de propósito general, pero puede elegir la exención HRA de propósito limitado.

☐ Exención de HRA de propósito limitado – con \$

☐ Exención sin HRA – sin \$

☐ Exención predeterminada sin HRA (sin fondos de HRA) – Uso EXCLUSIVO para el IC/HRG – Esta opción debe usarse cuando un NUEVO EMPLEADO no envía un formulario de inscripción o no se inscribe en línea con KHRIS ESS.

Empleado:

N.º de Seguro Social del empleado:

Sección 7: Opciones de seguro dental Anthem

☐ Dental Bronze ☐ Dental Silver ☐ Dental Gold

Seleccione un nivel de prima dental

☐ Individual (solo empleado) ☐ Parent Plus (empleado + hijos)

☐ Pareja (empleado y cónyuge) ☐ Familiar (empleado, cónyuge e hijos)

Si hay referencia cruzada, indique el empleado que llevará la cobertura

Sección 8: Opciones de seguro de visión Anthem

☐ Vision Bronze ☐ Vision Silver ☐ Vision Gold

Seleccione un nivel de prima de visión

☐ Individual (solo empleado) ☐ Parent Plus (empleado + hijos)

☐ Pareja (empleado y cónyuge) ☐ Familiar (empleado, cónyuge e hijos)

Si hay referencia cruzada, indique el empleado que llevará la cobertura

Sección 9: Cuentas de gastos flexibles (FSA)

Nuevo empleado: ☐ Solicito inscribirme en una FSA. Entiendo que la contribución mínima permitida es de \$10 por mes (\$5 por período de pago semimensual).

Nota: Deben completarse los tres campos para cada FSA elegida.	Contribución por recibo de sueldo	Cantidad de recibos de sueldo restantes en el año del plan		Monto de su elección anual
FSA de atención médica	\$ _____	X (multiplique) _____	=	\$ _____
FSA para el cuidado de niños y adultos	\$ _____	X (multiplique) _____	=	\$ _____

Si hay referencia cruzada, indique el monto para cada empleado para FSA de atención médica:

Nombre del empleado: _____ Monto: _____

Nombre del empleado: _____ Monto: _____

Si hay referencia cruzada, indique el monto para cada empleado para FSA para el cuidado de niños y adultos:

Nombre del empleado: _____ Monto: _____

Nombre del empleado: _____ Monto: _____

Evento calificado: ☐ Solicito inscribirme en una FSA o cambiar el monto de mi contribución para el resto del año. Entiendo que la contribución mínima permitida es de \$10 por mes (\$5 por período de pago semimensual). NOTA: Si reduce el monto de la elección debido a un evento calificado, dicho monto no puede ser inferior al que ya ha utilizado o aportado.

Nota: Deben completarse los tres campos para cada FSA elegida.	Contribución por recibo de sueldo	Cantidad de recibos de sueldo restantes en el año del plan		Nuevo monto elegido a partir de la fecha de entrada en vigor
FSA de atención médica	\$ _	X (multiplique) _	=	\$ _
FSA para el cuidado de niños y adultos	\$ _	X (multiplique) _	=	\$ _

Sección 10: Firmas: Envíe esta solicitud al IC/HRG de su empresa. Al firmar esta solicitud, certifico que la información proporcionada en ella es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. También certifico que he leído, entiendo y acepto los Términos y Condiciones de participación en el KEHP, los avisos legales de KEHP y la declaración de consumo de tabaco. Estos documentos se pueden encontrar en línea en kehpn.ky.gov y extranet.personnel.ky.gov. Al escribir mi nombre en el espacio provisto a continuación, estoy firmando esta solicitud electrónicamente y acuerdo con realizar esta transacción por medios electrónicos.

Firma del empleado

Firma del cónyuge (OBLIGATORIO si se elige r eferencia cruzada)

Fecha

Firma del IC/HRG

Nombre en letra de imprenta del IC/HRG

Teléfono del IC/HRG

Fecha

Firma del IC/HRG del cónyuge (OBLIGATORIO si se elige referencia cruzada)

Nombre en letra de imprenta del IC/HRG del cónyuge

Teléfono del IC/HRG del cónyuge

Fecha

Formulario de inscripción/cambio de beneficios 2026 Página 3 de 3

SPANISH