TEAM KENTUCKY PERSONNEL CABINET | Department of Employee Insurance

FORMULARIO DE EXENCIÓN

PARA INSCRIPCIÓN ABIERTA ÚNICAMENTE

Enviar a través de la carga del Formulario DEI

SE DEBE ENVIAR ANTES DEL 31/1/2027

INFORMACIÓN PERSONAL DEL TITULAR DEL PLAN

Nombre: _____

Dirección postal: _____

Nombre de la agencia/el empleador: _____

Nombre de IC/HRG: _____

Número de la agencia: _____

Número de teléfono: _____

ID de usuario de KHRIS o número de empleado: _____

Número de seguro social: _____

Fecha de entrada en vigor del cambio requerido: _____

EXPLICAR EL MOTIVO POR EL QUE SE SOLICITA LA EXENCIÓN AL CONTESTAR LAS SIGUIENTES PREGUNTAS *(Se debe incluir la solicitud de inscripción apropiada o la solicitud de exención no será revisada. Especificar lo más que pueda; la solicitud puede ser denegada).*

¿CUÁL ES EL CAMBIO DE PLAN EXACTO QUE ESTÁ SOLICITANDO?

¿QUÉ CIRCUNSTANCIA ATENUANTE LE IMPIDIERON CUMPLIR CON EL PLAZO INICIAL?

EXPLICAR QUIÉN ES RESPONSABLE DE LA SOLICITUD DE EXENCIÓN *(Esta explicación debe describir quién cometió el error y las medidas específicas que se tomarán a futuro para evitar un problema similar).*

Al firmar a continuación, yo juro o afirmo que la información anterior es precisa y completa según mi leal saber y entender. Además, por la presente, acepto responder a todo cuestionamiento o esclarecimiento de KEHP sobre la información aquí brindada, dentro de un periodo de tiempo razonable.

Nombre del miembro en letra imprenta	Firma del miembro *(o firma electrónica mediante nombre tipeado)*	Fecha
Nombre en letra imprenta de IC/HRG	Firma de IC/HRG *(o firma electrónica mediante nombre tipeado)*	Fecha

SPANISH.