

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN/MODIFICACIÓN DE BENEFICIOS PARA EMPLEADOS 2024

Sección 1: Debe completarla el IC/HRG - PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA							
N.º de personal de KHRIS	N.º de unidad organizacional	N.º de centro de costos	Nombre de la compañía	N.º de compañía	Fecha de entrada en vigor de la cobertura	Fecha de contratación/QE/traslado/terminación	
Motivo(s) de la solicitud de permiso: <input type="checkbox"/> Nueva contratación <input type="checkbox"/> Recontratación/reincorporación <input type="checkbox"/> Grupo nuevo <input type="checkbox"/> Evento calificado <input type="checkbox"/> Cambio o actualización <input type="checkbox"/> ACA <input type="checkbox"/> Excepción <input type="checkbox"/> Inscripción abierta <input type="checkbox"/> Actualizar datos demográficos		Cambio de estatus del empleado: <input type="checkbox"/> Traslado <input type="checkbox"/> Comienzo del permiso sin sueldo <input type="checkbox"/> Final del permiso sin sueldo <input type="checkbox"/> Inicio del permiso militar <input type="checkbox"/> Fin del permiso militar <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Rescisión <input type="checkbox"/> Traslado de verano		Evento calificado: <input type="checkbox"/> Matrimonio <input type="checkbox"/> Nacimiento/Adopción/Colocación <input type="checkbox"/> Orden judicial por el menor <input type="checkbox"/> Divorcio <input type="checkbox"/> Fallecimiento <input type="checkbox"/> Pérdida de la salud personal <input type="checkbox"/> Pérdida de la cobertura médica grupal <input type="checkbox"/> Comienzo de Medicare/Medicaid <input type="checkbox"/> Final de Medicare/Medicaid <input type="checkbox"/> Pase capacitado (Sp)/Dependiente elegible (Dep) al comienzo del empleo <input type="checkbox"/> Pase capacitado (Sp)/Dependiente elegible (Dep) al cese del empleo <input type="checkbox"/> Otro: _____			
Traslado de una entidad con cobertura de KEHP a otra entidad con cobertura de KEHP: esta sección debe completarla la NUEVA compañía y no se permiten cambios a la cobertura actual. N.º de agencia anterior: _____ Último día trabajado: _____							
Sección 2: Información del empleado							
N.º del SS del empleado		Nombre del empleado (apellido, nombre, inicial del segundo)		Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)			
Dirección postal		Ciudad, estado, código postal		Condado			
N.º de teléfono principal		N.º de teléfono secundario		Dirección de correo electrónico (preferiblemente del trabajo)			
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Casado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Odontología <input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Retirar <input type="checkbox"/> Mantener Visión <input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Retirar <input type="checkbox"/> Mantener			
Sección 3: Información del cónyuge							
N.º del SS del cónyuge		Nombre del cónyuge (apellido, nombre, inicial del segundo)		Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)			
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Salud <input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Retirar <input type="checkbox"/> Mantener Visión <input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Retirar <input type="checkbox"/> Mantener		Odontología <input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Retirar <input type="checkbox"/> Mantener			
<input type="checkbox"/> Deseo utilizar la opción de pago por referencia cruzada (dos miembros de KEHP, casados y con hijos, sin Plan de Jubilación Judicial (Judicial Retirement Plan, LRP) o Plan de Jubilación de Legisladores (Legislators Retirement Plan, JRP))							
Número de nómina del cónyuge		Fecha de contratación del cónyuge		N.º de unidad organizacional del cónyuge		N.º de compañía del cónyuge	
N.º de teléfono principal del cónyuge		N.º de teléfono secundario del cónyuge		Dirección de correo electrónico (preferiblemente del trabajo del cónyuge)			
Sección 4: Información del dependiente					Salud	Odontología	Visión
N.º del SS del hijo 1	Nombre (apellido, primer nombre, inicial del segundo)	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Dependiente discapacitado	<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Retirar <input type="checkbox"/> Mantener	<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Retirar <input type="checkbox"/> Mantener	<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Retirar <input type="checkbox"/> Mantener	
N.º del SS del hijo 2	Nombre (apellido, primer nombre, inicial del segundo)	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Dependiente discapacitado	<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Retirar <input type="checkbox"/> Mantener	<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Retirar <input type="checkbox"/> Mantener	<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Retirar <input type="checkbox"/> Mantener	
N.º del SS del hijo 3	Nombre (apellido, primer nombre, inicial del segundo)	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Dependiente discapacitado	<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Retirar <input type="checkbox"/> Mantener	<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Retirar <input type="checkbox"/> Mantener	<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Retirar <input type="checkbox"/> Mantener	

N.º del SS del hijo 4	Nombre (apellido, primer nombre, inicial del segundo)	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Dependiente discapacitado	<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Retirar <input type="checkbox"/> Mantener	<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Retirar <input type="checkbox"/> Mantener	<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Retirar <input type="checkbox"/> Mantener
N.º del SS del hijo 5	Nombre (apellido, primer nombre, inicial del segundo)	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Dependiente discapacitado	<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Retirar <input type="checkbox"/> Mantener	<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Retirar <input type="checkbox"/> Mantener	<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Retirar <input type="checkbox"/> Mantener
N.º del SS del hijo 6	Nombre (apellido, primer nombre, inicial del segundo)	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Dependiente discapacitado	<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Retirar <input type="checkbox"/> Mantener	<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Retirar <input type="checkbox"/> Mantener	<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Retirar <input type="checkbox"/> Mantener
N.º del SS del hijo 7	Nombre (apellido, primer nombre, inicial del segundo)	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Dependiente discapacitado	<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Retirar <input type="checkbox"/> Mantener	<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Retirar <input type="checkbox"/> Mantener	<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Retirar <input type="checkbox"/> Mantener

Empleado:

SSN del empleado:

Sección 5: Declaración de consumo de tabaco. Las normas que rigen la Declaración de consumo de tabaco pueden consultarse en línea en kehp.ky.gov. Podrá acogerse a las tarifas de contribución a la prima para no consumidores de tabaco siempre que certifique que usted o cualquier otra persona que vaya a estar cubierta por su plan no ha 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

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

En los últimos 6 meses, ¿alguno de sus hijos mayores de 18 años cubiertos por este plan ha consumido tabaco con regularidad? Sí No

Sección 6: Opciones de planes de seguro médico: para todos los planes, es necesario cumplir la LivingWell Promise para recibir el descuento mensual en la prima de \$40 para el próximo año del plan. Las instrucciones y más información sobre el cumplimiento de la LivingWell Promise se pueden encontrar en livingwell.ky.gov.

LivingWell CDHP LivingWell PPO LivingWell Basic CDHP

Seleccione un nivel de prima de salud Soltero (solo usted) Padre Plus (usted + hijo(s)) Pareja (usted y cónyuge) Familia (usted, cónyuge, hijo(s))

Exención (propósito general) HRA - en \$ (declaro que yo y, en su caso, mi cónyuge y mis dependientes, tenemos otra cobertura de plan de salud grupal que proporciona un valor mínimo. En la medida en que corresponda, he incluido a mi cónyuge y a todos mis dependientes cuyos gastos médicos pueden ser reembolsados en virtud de la HRA en las secciones 3 y 4 de esta solicitud).

Fuente de otra cobertura: Cobertura con la compañía de mi cónyuge (no incluye TRICARE) Cobertura con la compañía de mis padres

Cobertura doble grupal/mi propio plan de jubilación/segundo empleador

***Nota:** si tiene Medicaid, Medicare, TRICARE, Christian Healthcare Ministry, beneficios para veteranos o cobertura individual con

Marketplace/Exchange, no es elegible para la HRA de exención de propósito general de exención, pero puede elegir la HRA de exención de propósito limitado.

HRA de exención de propósito limitado - con \$

Exención sin HRA – sin \$

Default LivingWell Basic CDHP (sin fondos HRA) - Uso EXCLUSIVO de IC/HRG - Debe utilizarse cuando un CONTRATADO NUEVO no envía un formulario de inscripción o no se inscribe en línea con KHRIS ESS.

Sección 7: Opciones de Anthem Dental Insurance

Dental Bronze Dental Silver Dental Gold

Seleccione un nivel de prima odontológica

Soltero (solo usted) Padre Plus (usted + hijo(s))

Pareja (usted y cónyuge) Familia (usted, cónyuge, hijo(s)) Si se trata de una referencia cruzada, indique el empleado que debe asumir la cobertura _____

Sección 8: Opciones de Anthem Vision Insurance

Vision Bronze Vision Silver Vision Gold

Seleccione un nivel de prima de la visión

Soltero (solo usted) Padre Plus (usted + hijo(s))

Pareja (usted y cónyuge) Familia (usted, cónyuge, hijo(s)) Si se trata de una referencia cruzada, indique el empleado que debe asumir la cobertura _____

Sección 9: Cuentas de gastos flexibles

Cuenta de gastos flexibles de atención médica

Solicito (marque una opción) Inscribirme en o Cambiar mi FSA de atención médica para el año calendario 2024. Entiendo que la contribución mínima permitida es de \$10 al mes (\$5 por quincena).

Contribución total del año calendario; divisible por 24: \$ _____

En caso de referencia cruzada, indique el monto correspondiente a cada empleado:

Nombre del empleado: _____ Monto: _____

Nombre del empleado: _____ Monto: _____

*Las nuevas contrataciones deben calcular la contribución anual desde la fecha de entrada en vigor hasta el final del año.

Cuenta de gastos flexibles para guarderías y centros de día para adultos

Solicito (marque una opción) Inscribirme en o Cambiar mi FSA de guardería para niños y centro de día para adultos para el año calendario 2024. Entiendo que la contribución mínima permitida es de \$10 al mes (\$5 por quincena).

Contribución total del año calendario; divisible por 24: \$ _____

En caso de referencia cruzada, indique el monto correspondiente a cada empleado:

<ul style="list-style-type: none"> •La contribución máxima por año calendario es de \$3,050 por titular elegible del plan. •La contribución mínima por año calendario es de \$120 (o \$10 por mes). •El monto máximo anual de traspaso es de \$610 de 2024 a 2025. •El monto mínimo anual de traspaso es de \$50. 	<p><i>Nombre del empleado:</i> _____ <i>Monto:</i> _____</p> <p><i>Nombre del empleado:</i> _____ <i>Monto:</i> _____</p> <p>*Las nuevas contrataciones deben calcular la contribución anual desde la fecha de entrada en vigor hasta el final del año.</p> <ul style="list-style-type: none"> •La contribución máxima por declaración de impuestos es de \$2,500 para casados que declaran por separado, \$5,000 para casados que declaran o \$5,000 para casados que son cabeza de familia. •La contribución mínima por año calendario es de \$120 (o \$10 por mes). •Para gastos de guardería, como preescolar, campamentos de verano, programas para antes y después de la escuela y guarderías para niños o centros de día para adultos mayores.
---	--

Sección 10: Firmas - Envíe esta solicitud al IC/HRG de su compañía Al firmar esta solicitud, certifico que la información proporcionada es correcta y verdadera a mi leal saber y entender. También certifico que he leído, entiendo y estoy de acuerdo con los Términos y Condiciones de participación en KEHP, los Avisos Legales de KEHP y la Declaración de Uso de Tabaco. Estos documentos se pueden encontrar en línea en keh.ky.gov y personnel.ky.gov. Al escribir mi nombre en el espacio provisto a continuación, estoy firmando esta solicitud electrónicamente y estoy aceptando realizar esta transacción por medios electrónicos.

Firma del empleado	Firma del cónyuge-OBLIGATORIO si opta por la referencia cruzada	Fecha
Firma del IC/HRG	Nombre en letra de imprenta del IC/HRG	N.º de teléfono del IC/HRG Fecha
Firma del IC/HRG del cónyuge-OBLIGATORIO si opta por la referencia cruzada	Nombre en letra de imprenta del IC/HRG del cónyuge	N.º de teléfono del IC/HRG del cónyuge Fecha