

FORMULARIO DE EXCEPCIÓN

Enviar a través del formulario del Departamento de Seguros para Empleados (Department of Employee Insurance, DEI)

INFORMACIÓN PERSONAL DEL TITULAR DEL PLAN

Nombre y dirección postal	Fecha de entrada en vigor del cambio solicitado:
	Nombre de la agencia/empleador
	Nombre del coordinador de seguros/Recursos Humanos (Insurance Coordinator/Human Resources, IC/HR)
	Número de la agencia
	No. Telefónico
	KHRIS Per Nr
	No. Seguro Social

EXPLIQUE EL MOTIVO DE LA SOLICITUD DE EXCEPCIÓN, RESPONDIENDO LAS SIGUIENTES PREGUNTAS *(Debe incluir la solicitud de inscripción correspondiente o no se revisará la solicitud de excepción. Sea lo más específico posible; la solicitud puede ser denegada).*

¿CUÁL ES EXACTAMENTE EL CAMBIO DE PLAN QUE SOLICITA?

¿QUÉ CIRCUNSTANCIA ATENUANTE LE IMPIDIÓ CUMPLIR EL PLAZO INICIAL?

EXPLIQUE QUIÉN ES RESPONSABLE DE LA SOLICITUD DE EXCEPCIÓN *(Esta explicación debe describir quién causó el error y las medidas específicas que se tomarán para evitar un problema similar en el futuro).*

Al firmar a continuación, juro o afirmo que la información facilitada es fiel y exacta a mi leal saber y entender. Por la presente también me comprometo a responder a cualquier consulta o aclaración del Plan de Salud para Empleados de Kentucky (Kentucky Employees' Health Plan, KEHP) sobre la información anterior, en un plazo de tiempo razonable.

Nombre en letra de imprenta del miembro Firma del miembro *(o firma electrónica escribiendo el nombre)* Fecha

Nombre en letra de imprenta del IC o asistente de Recursos Humanos (Human Resource Generalist, HRG) Firma del IC/HRG *(o firma electrónica escribiendo el nombre)* Fecha

DEBE SER COMPLETADO POR EL DEPARTAMENTO DE SEGUROS PARA EMPLEADOS

Fecha de recepción: Fecha de la decisión: Aprobado: Denegado:

Fecha de entrada en vigor del cambio:
(Las excepciones aprobadas entrarán en vigor el primer día del mes siguiente a la fecha de la firma de la solicitud de excepción)

Motivo de la denegación:

<input type="checkbox"/> Documento(s) obligatorio(s) no adjunto(s).	<input type="checkbox"/> La solicitud entra en conflicto con las leyes estatales o federales.
<input type="checkbox"/> Solicitud presentada pasados los 30 días posteriores a la fecha del evento.	<input type="checkbox"/> Ninguna excepción a la LivingWell Promise.
<input type="checkbox"/> Ninguna circunstancia atenuante.	

Otro: