

NO GRAPAR

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN/CAMBIO DE BENEFICIOS PARA EMPLEADOS 2025

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

N.º de personal KHRIS	N.º de unidad organizativa	N.º de centro de costos	Nombre de la empresa	N.º de empresa	Fecha de entrada en vigor de la cobertura	Fecha de contratación/QE/Transferencia/Término
Motivo(s) de la solicitud: <input type="checkbox"/> Nuevo contrato <input type="checkbox"/> Recontratación/Reincorporación <input type="checkbox"/> Nuevo grupo <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"/> Actualización de datos demográficos		Cambio en la condición del empleado: <input type="checkbox"/> Transferencia <input type="checkbox"/> Inicio de ausencia sin sueldo (LWOP) <input type="checkbox"/> Fin de ausencia sin sueldo (LWOP) <input type="checkbox"/> Inicio de licencia militar <input type="checkbox"/> Fin de licencia militar <input type="checkbox"/> Jubilación <input type="checkbox"/> Finalización <input type="checkbox"/> Transferencia de verano		Evento calificado: <input type="checkbox"/> Matrimonio <input type="checkbox"/> Nacimiento/Adopción/Colocación <input type="checkbox"/> Orden judicial para un niño <input type="checkbox"/> Divorcio <input type="checkbox"/> Fallecimiento <input type="checkbox"/> Pérdida de seguro médico individual <input type="checkbox"/> Pérdida de seguro médico colectivo <input type="checkbox"/> Inicio de Medicare/Medicaid <input type="checkbox"/> Fin de Medicare/Medicaid <input type="checkbox"/> Inicio de empleo de cónyuge/dependiente <input type="checkbox"/> Terminación de empleo de cónyuge/dependiente <input type="checkbox"/> Otra causa:		
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: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Estado civil: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Anthem Dental <input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Eliminar <input type="checkbox"/> Mantener Anthem Vision <input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Eliminar <input type="checkbox"/> Mantener

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: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Salud <input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Eliminar <input type="checkbox"/> Mantener Dental <input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Eliminar <input type="checkbox"/> Mantener Visión <input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Eliminar <input type="checkbox"/> Mantener	<input type="checkbox"/> Deseo utilizar la opción de pago con referencia cruzada (dos miembros, casados con hijos). No disponible para nuevos contratados a partir del 1/1/2025.	
N.º de personal del cónyuge	Fecha de contratación del cónyuge	N.º de unidad organizativa del cónyuge	N.º de empresa 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

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

Empleado:

N.º de Seguro Social del empleado:

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

Cobertura grupal dual / 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 GP HRA, pero puede elegir la exención de propósito limitado HRA.**

Exención de propósito limitado HRA – con \$

Exención sin HRA – sin \$

Exención predeterminada sin HRA (sin fondos de HRA) – Uso EXCLUSIVO para 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.

Sección 7: Opciones de seguro Dental Anthem

Dental Bronce Dental Plata Dental Oro

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 al empleado que llevará la cobertura.* _____

Sección 8: Opciones de seguro Vision Anthem

Vision Bronce Vision Plata Vision Oro

Seleccione un nivel de prima visión

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

Pareja (empleado y cónyuge) Familiar (empleado, cónyuge e hijos) *Si hay referencia cruzada, indique al empleado que llevará la cobertura.* _____

Sección 9: Cuentas de gastos flexibles

Cuenta flexible de gastos médicos

Solicito (marque uno) Inscribirme en o Cambiar mi FSA de atención médica para el año calendario 2025. Entiendo que la contribución mínima permitida es de \$10 por mes (\$5 por período de pago semimensual).

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

Si hay referencia cruzada, indique el monto para cada empleado: Nombre del empleado: _____ Monto: _____ Nombre del empleado: _____ Monto: _____

*Los nuevos empleados deben calcular la contribución anual desde la fecha de vigencia hasta el final del año.

• La contribución máxima anual es de \$3,200 por titular de plan elegible.

• La contribución mínima anual es de \$120 (o \$10 por mes).

• El monto máximo de traslado anual es de \$640 de 2025 a 2026.

• El monto mínimo de traslado anual es de \$50.

Cuenta flexible de gastos para el cuidado de niños y adultos

Solicito (marque uno) Inscribirme en o Cambiar mi FSA para el cuidado de niños y adultos para el año calendario 2025. Entiendo que la contribución mínima permitida es de \$10 por mes (\$5 por período de pago semimensual).

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

Si hay referencia cruzada, indique el monto para cada empleado: Nombre del empleado: _____ Monto: _____ Nombre del empleado: _____ Monto: _____

*Los nuevos empleados deben calcular la contribución anual desde la fecha de vigencia hasta el final del año.

• La contribución máxima por estado de presentación de impuestos es \$2,500 si casado con declaración por separado, \$5,000 si casado con declaración conjunta, o \$5,000 si cabeza de familia.

• La contribución mínima anual es de \$120 (o \$10 por mes).

• Para gastos de cuidado diurno como preescolar, campamentos de verano, programas antes/después de la escuela y cuidado de niños o adultos mayores.

Sección 10: Firmas – Por favor, envíe esta solicitud a su IC/HRG de la empresa Al firmar esta solicitud, certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta según mi mejor conocimiento. 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 kehp.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 referencia 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