

Greater Metropolitan Hotel Employers-Employees Health and Welfare Fund

Administered by Wilson-McShane Corporation

3001 Metro Drive – Suite 500
Bloomington, MN 55425

Phone: (952) 854-0795

Fax: (952) 854-1632

Toll Free: (800) 535-6373

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA LA COBERTURA DE HIJO(S) DEPENDIENTE(S)

Los empleados elegibles pueden añadir a su hijo o hijos dependientes a la cobertura del Plan de salud y bienestar para empleadores y empleados de hoteles de la Gran Área Metropolitana. Hijo/a dependiente: Se refiere a los hijos a cargo del trabajador desde su nacimiento hasta el final del mes en que cumplen 26 años. Por hijo dependiente se entiende un hijo, una hija, un hijastro, una hijastra o un menor acogido que reúna los requisitos necesarios.

El costo mensual de la cobertura de \$613,05 (vigente del 1 de febrero de 2024 al 31 de enero de 2025) por hijo dependiente será responsabilidad del empleado elegible, y deberá abonarse antes del primer día del mes para la cobertura de ese mes.

Para añadir a sus hijos dependientes a la cobertura del Plan, debe rellenar el siguiente formulario de inscripción, proporcionar la documentación requerida sobre el dependiente y devolver esta información junto con la(s) prima(s) mensual(es) a la Oficina del Fondo en un plazo de 30 días a partir de la fecha de este aviso.

Los empleados elegibles pueden inscribir a su hijo o hijos dependientes cuando sean elegibles por primera vez para la cobertura del Plan. Si tiene un nuevo hijo, ya sea por nacimiento o adopción, deberá notificar al Plan en un plazo de 30 días a partir del nacimiento o la adopción del hijo dependiente para extender la cobertura de este plan al menor. Debe completar el proceso de inscripción en un plazo de 60 días a partir del nacimiento o la adopción. A partir de entonces, si el empleado elegible no inscribe a su hijo o hijos dependientes en el momento en que se determina que el empleado es elegible para el Plan por primera vez, el empleado elegible solo puede inscribir a sus hijos dependientes si tienen derecho legal a hacerlo conforme a los requisitos especiales de inscripción de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA).

NOTA: la prestación de reembolso por atención a personas dependientes SOLO se aplica a la cobertura no adquirida en virtud de este Plan.

Rellene el formulario de inscripción y envíelo junto con la información requerida y la(s) prima(s) mensual(es) a la Oficina del Fondo.

Greater Metropolitan Hotel Employers-Employees Health and Welfare Fund

Administered by Wilson-McShane Corporation

3001 Metro Drive – Suite 500
Bloomington, MN 55425

Phone: (952) 854-0795
Fax: (952) 854-1632
Toll Free: (800) 535-6373

Plan de salud y bienestar para empleadores y empleados de hoteles de la Gran Área Metropolitana FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Información obligatoria: Copia de la partida de nacimiento o de los documentos de adopción, orden judicial y, en el caso de los hijastros, también certificado de matrimonio.

Nombre completo del empleado: _____
Apellido Nombre Segundo nombre

Número de Seguridad Social del empleado: _____ Número de teléfono: _____

Dirección del empleado: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Nombre del hijo/a dependiente: _____
Apellido Nombre Segundo nombre

Número de Seguridad Social del menor: _____ Masculino o Femenino (marque con un círculo)

Fecha de nacimiento del menor: _____
Día / Mes / Año

Firma del empleado: _____ Fecha: _____