

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

SOLICITUD DE REEMBOLSO POR ATENCIÓN A PERSONAS DEPENDIENTES

(Copie para uso futuro. Cada vez que envíe su solicitud, también debe enviar este formulario firmado y fechado).

Debe ser un participante elegible del Fondo de salud y bienestar para tener acceso al beneficio de reembolso por atención a personas dependientes.

NOMBRE _____	FECHA DE NACIMIENTO _____		
NSS _____	DIRECCIÓN _____		
CIUDAD _____	ESTADO _____	CÓDIGO POSTAL _____	TEL. _____
NOMBRE DEL DEPENDIENTE ELEGIBLE _____	VÍNCULO _____	FECHA DE NACIMIENTO _____	
_____	_____	_____	
_____	_____	_____	
_____	_____	_____	

PRUEBA DEL DEPENDIENTE ELEGIBLE

- Copia del certificado de matrimonio o de la pareja de hecho registrada.
- Copia del certificado de nacimiento de su hijo o de los documentos legales de adopción.

Solo tendrá que enviar esta documentación anualmente con su solicitud. También tendrá que presentar documentación que acredite que cada hijo soltero, de 19 a 23 años, es estudiante a tiempo completo. Consulte la Descripción resumida del plan y el Documento del plan para obtener una definición detallada de los dependientes que reúnen los requisitos (se denegará el reembolso a los dependientes que no cumplan estas definiciones).

PRUEBA DE LA COBERTURA

• Copia de la factura mensual de la prima del seguro en la que figuren los nombres de los dependientes cubiertos. *Si en la factura de la prima de su seguro no figura el nombre del dependiente o dependientes cubiertos, deberá presentar una declaración de la compañía de seguros en el que figure el dependiente o dependientes cubiertos en el plan.*

PRUEBA DEL PAGO

- Copia del giro postal.
- Copia del cheque y del extracto bancario que demuestre que el cheque se ha descontado de su cuenta.
- Copia del extracto bancario de la deducción automática de la prima.
- Copia del talón de la nómina del cónyuge en el que figure la deducción por seguro de atención médica.

En los extractos bancarios solo debe figurar el nombre del participante y la información relativa al pago del seguro de atención médica; puede tapar el resto de la información.

IMPORTE DEL REEMBOLSO: El Fondo le reembolsará hasta \$225,00 por mes, independientemente del número de personas dependientes.

Entiendo los requisitos del beneficio de reembolso por atención a personas dependientes y por la presente la solicito.

FIRMA

FECHA