

Formulario de Extensión del Seguro Médico

Barton Staffing Use Only:

EEID: _____

Nombre De Empleado: _____

Entiendo que mi empleador me ha ofrecido un seguro de salud de conformidad con la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible.

En nombre de mí y de mis dependientes elegibles (si corresponde), renuncio (rechazo) la opción de inscribirme en cualquier plan de seguro médico patrocinado por el empleador que se ofrezca en este momento a través de mi empleador.

Mi motivo para renunciar los beneficios médicos (marque uno):

- ☐ Tengo otra cobertura individual y/o dependiente
- ☐ Estoy cubierto por el plan de seguro médico de mi cónyuge
- ☐ Estoy cubierto por el plan de seguro médico de mis padres
- ☐ Estoy cubierto por Medicare
- ☐ Estoy cubierto por Medicaid u otro seguro estatal
- ☐ Estoy cubierto por COBRA del plan de un empleador anterior
- ☐ Estoy cubierto por TRICARE (formalmente CHAMPUS)
- ☐ Elijo no tener cobertura en este momento
- ☐ Otro: _____

Aviso de Derechos de Inscripción:

En el futuro, es posible que pueda inscribirse usted y/o sus dependientes en el plan de beneficios de salud patrocinado por su empleador, siempre que solicite la inscripción dentro de los 60 días posteriores a un evento de vida calificado. Todas las reglas de elegibilidad deben cumplirse para cualquier inscripción futura. Obtenga más información sobre eventos de vida calificados en <https://www.healthcare.gov/glossary/qualifying-life-event/>

Mi firma a continuación indica que entiendo que estoy renunciando a la oferta de seguro de mi empleador. Además, entiendo que, a excepción de un evento de vida calificado, estoy renunciando a la cobertura de seguro de salud hasta el momento en que vuelva a ser elegible según las reglas del plan.

Imprimir Empleado / Nombre del solicitante

Firma del empleado

Fecha