



Verificación de Seguro de Salud de su Cónyuge
Efectivos el 1° de octubre del 2016

1901 Las Vegas Blvd. So. Suite 107
Las Vegas, Nevada 89104-1309
(702) 733-9938
www.culinaryhealthfund.org

5 de agosto del 2016

Estimado(a) Participante de la Culinary:

Para que su cónyuge continúe en su cobertura con Culinary, usted **tiene que**:

- Completar el formulario que hemos incluido
- **Regresar el formulario firmado (en el sobre pre-pagado adjunto) antes del 30 de septiembre del 2016**

Regrese el formulario o la cobertura de su cónyuge con la Culinary terminará el **1° de octubre del 2016**. Si la cobertura termina, no pagaremos sus reclamos.

Aun si su cónyuge no trabaja para uno de los empleadores debajo, debe llenar y devolver el formulario.

Si su cónyuge trabaja para uno de los empleadores debajo, él/ella debe inscribirse en el seguro de su trabajo. Así, su cónyuge puede permanecer en la cobertura de la Culinary después del 30 de septiembre del 2016. El empleador **tiene** que permitir que su cónyuge se inscriba en su seguro de salud, aun si no es época de inscripción abierta. Pídale a su cónyuge que siga estos pasos:

- Entregue una copia de esta carta a su empleador
- Se inscriba con "cobertura individual" de seguro del empleador antes del 31 de octubre del 2016
- Complete la **Verificación de Seguro de Salud del Cónyuge** y envíe el formulario al Culinary Health Fund

Lista 2016 de Empleadores No-Contribuyentes	
Albertsons	Las Vegas Metropolitan Police
Aliante Casino & Hotel	Palms Casino
Bank of America	Sam's Town Hotel & Casino
California Hotel & Casino	Smiths
CHW (St Rose Sienna, Delima, San Martin)	South Point
City of Henderson	Southwest Airlines
City of Las Vegas	State of Nevada
Clark County Government	Stations Casinos (including Wildfire Casinos, Barleys Casino & Brewing Co., The Greens Gaming & Dining, Gold Rush Casino, Days Inn at Wild Wild West, and Lake Mead Casino)
Clark County School District	Target
Coast Casinos (Gold Coast, Sun Coast, The Orleans)	UHS (not Valley Hospital; only Summerlin, Desert Springs, Spring Valley and Centennial)
Community College of Southern Nevada	UMC of So. Nevada
Eastside Cannery/Cannery/Rampart Casino	UNLV
Hard Rock Hotel & Casino	US Postal Service
HCA (Sunrise, Mountain View & Southern Hills)	Venetian Casino / Palazzo
Home Depot	Wal-Mart / Sams Club
International Game Technology	Wells Fargo Bank

Sus hijos no necesitan otro seguro para ser dependientes de la Culinary. Esto es sólo para su cónyuge. Si tienen otra cobertura, necesitamos saber la información del otro seguro de sus hijos.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, llame a nuestra Oficina de Servicios al Cliente al (702) 733-9938.

Atentamente,
Culinary Health Fund



Formulario de Verificación de Seguro de Salud

Regresarlo antes del 30 de septiembre del 2016

NOTA: Si usted no regresa este formulario, la cobertura de Culinary de su cónyuge terminará y sus reclamos serán negados.

PARTE A: SU INFORMACIÓN							
APELLIDO		NOMBRE		INICIAL	NO. DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (M/F)
DIRECCIÓN DE DOMICILIO					CIUDAD	STATE	ZIP CODE
TELÉFONO		ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> VIUDO			PREFERENCIA DE IDIOMA <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	
PARTE B: INFORMACIÓN DE SU CÓNYUGE DEPENDIENTE.							
Complete esta sección para continuar la cobertura de su cónyuge elegible (incluyendo pareja por cohabitación del mismo sexo).							
APELLIDO DEL CÓNYUGE		NOMBRE DEL CÓNYUGE		INICIAL	NO. DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (M/F)
<p>¿Trabaja su cónyuge? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ – Por favor complete la Sección 1 abajo.</p> <p>¿Es su cónyuge jubilado? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI – Si es SI, ¿Recibe cobertura de parte de la jubilación? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Complete la Sección 2a abajo.</p> <p>¿Es su cónyuge cubierto por Medicare o Medicaid? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI – Por <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid – SI, Complete Sección 2a abajo.</p>							
Sección 1. DE SER SÍ, por favor indique:							
1. Nombre del Empleador: _____							
2. ¿Está cubierto(a) su cónyuge por el Plan de Salud de su empleador? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SÍ – Por favor complete la Sección 2a. <input type="checkbox"/> NO – Por favor complete la Sección 2b.							
Sección 2.							
2a. Si es SÍ, por favor indique:				2b. De ser NO, por favor proporcione la razón:			
Nombre del Seguro: _____				<input type="checkbox"/> No se ofrece el seguro			
Dirección: _____				<input type="checkbox"/> Empleado de tiempo parcial – no elegible para los beneficios de salud			
Teléfono: _____				<input type="checkbox"/> El/la cónyuge es elegible pero no se inscribió			
Número de Póliza: _____ Fecha Efectiva: _____				<input type="checkbox"/> Nuevo(a) empleado(a) será elegible en _____ (mes/año)			
Tipo de Seguro: <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Familiar Tipo de Cobertura: <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental (Cheque todos los que apliquen)							
PARTE C: INFORMACION DE SU DEPENDIENTE. ESTÁN SUS DEPENDIENTES ASEGURADOS CON CUALQUIER OTRO SEGURO DE GRUPO MÉDICO O DENTAL (INCLUYENDO DE ESTUDIANTE, DE ACCIDENTE O PLAN DE GOBIERNO)? DE SER ASÍ COMPLETE LAS SIGUIENTES LÍNEAS.							
Niños dependientes (para niños adicionales use la parte de atrás de esta forma)	Cobertura proporcionada por (nombre del padre –que no es Culinary)	Nombre y dirección del seguro	Número de la póliza y fecha efectiva	Tipo de cobertura (Marque todos los que correspondan)			
				<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental			
				<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental			
				<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental			
				<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental			
				<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental			
				<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental			
				<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental			
				<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental			
				<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental			
				<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental			
				<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental			
INFORMACIÓN DE CONSENTIMIENTO							
<p>Por medio de mi firma debajo, reconozco que Culinary Health Fund y sus agentes autorizados podrán usar y divulgar información de salud para propósitos relacionados a la evaluación, procesamiento y revisión de mis reclamos o los reclamos de mis dependientes, y consiento a la divulgación de información solicitada por Culinary Health Fund, por cualquier profesional médico, hospital u otra instalación de cuidados médicos, organización de apoyo de seguro, farmacia, agencia de gobierno, compañía de seguros, portador de la póliza de grupo, empleador o administrador del plan de beneficios.</p> <p>Este consentimiento será válido por el periodo total de mi elegibilidad y la elegibilidad de mi dependiente bajo el plan de beneficios del Fondo.</p> <p>Por este medio certifico que toda la información proporcionada en este formulario es correcta y completa según mi leal saber y entender.</p>							
Firma del Empleado Cubierto por Culinary				Fecha			