



DEPENDENT FAX COVER SHEET

FAX TO: 610-537-2203

PLEASE ALLOW 2 BUSINESS DAYS TO PROCESS YOUR DEPENDENTS BEFORE CALLING TO ENROLL.

Employee Information

Employee Name (Last Name, First Name, Middle)	Employee Social Security #	Date of Hire (mm/dd/yyyy)

Dependent Information - Please list each dependent you wish to add to the medical, dental and/or visions plans.

Dependent Name	Sex	SSN or ITIN	Date of Birth (mm/dd/yyyy)	Relationship to Employee

Additional Question

Are any covered children or your spouse also employed? ____NO / ____YES: _____ (Name & SSN).
If yes, is this dependent *eligible* for coverage under the other employer's group health plan? ____NO / ____YES

By signing this form, you are confirming that each dependent meets the eligibility requirements of the JBS/PPC plans. Additionally, if a dependent is later found to be ineligible you may also be responsible for any benefits paid in error. If you have questions regarding the eligibility rules, please check with your local Human Resources Representative.

Employee Signature _____

Date _____

**ENVIAR POR FAX A:
610-537-2203**

ESPERE 2 DÍAS HÁBILES PARA PROCESAR LOS DOCUMENTOS DE SUS DEPENDIENTES ANTES DE LLAMAR PARA INSCRIBIRSE.

Información del empleado

Nombre del empleado (apellido, nombres)	No. de seguro social del empleado	Fecha de contratación (dd/mm/aaaa)

Información del dependiente: Mencione a cada dependiente que desea añadir al plan médico, dental y/u oftalmológico.

Nombre del dependiente	Sexo	SSN o ITIN	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Vínculo con el empleado

Pregunta adicional

¿Alguno de sus hijos con cobertura o cónyuge también tienen empleo? ____NO / ____SÍ: _____ (nombre y número de seguro social). De ser así, ¿este dependiente es *elegible* para recibir cobertura bajo el plan de salud grupal del otro empleador? ____NO / ____SÍ

Al firmar este formulario, usted confirma que cada dependiente cumple con los requisitos de elegibilidad de los planes de JBS/PPC. Además, si posteriormente se considera que un dependiente no es elegible, posiblemente usted también se hará responsable de cualquier beneficio pagado por error. Si tiene alguna pregunta en lo que respecta a las reglas de elegibilidad, consulte a su Representante de Recursos Humanos local.

Firma del empleado _____

Fecha _____

Dependent Eligibility Criteria

In order to add your dependents to the medical, dental, and/or vision plans, they must meet the IRS criteria for dependent eligibility. Therefore, all dependents must meet **each** of the following criteria: relationship, residency and financial support. **You must provide acceptable proof for each dependent you wish to add to the plans.**

Please note: To avoid pre-existing conditions, you should submit a Certificate of Prior Health Coverage.

*JBS/PPC reserve the right to request verification of your family member's eligibility status at any time.
If a dependent becomes ineligible under the plan, coverage may be canceled at any time, without notice.*

Criterios de elegibilidad del dependiente

Para poder añadir a sus dependientes al plan médico, dental y/u oftalmológico, éstos deben cumplir con los criterios de elegibilidad para dependientes del IRS. Por lo tanto, todos los dependientes deben cumplir con **cada uno** de los siguientes criterios: vínculo, residencia y respaldo financiero. **Debe brindar prueba aceptable de cada dependiente que desea agregar a los planes.**

Nota: A fin de evitar afecciones preexistentes, usted debe presentar un Certificado de Cobertura de Salud Previa.

*JBS/PPC se reserva el derecho de solicitar la verificación de la condición de elegibilidad de sus familiares en cualquier momento.
Si un dependiente se vuelve inelegible bajo el plan, la cobertura puede ser cancelada en cualquier momento, sin previa notificación.*