



Grandes Empresas de New Jersey – Formulario de Solicitud de Cambio/Inscripción del Miembro – OHI/ New Jersey Large Employer – Member Enrollment/Change Request Form – OHI

Oxford Health Insurance, Inc.

Dirección Postal/Mailing Address: P.O. Box 29142, Hot Springs, AR 71903 1-800-444-6222 www.oxfordhealth.com

INSTRUCCIONES/INSTRUCTIONS

Empresas: Para que se procese esta solicitud, deben llenar la Información del Grupo Empresarial y las secciones A y J./**Employers** – You must complete the Employer Group Information and sections A and J in order for this application to be processed.

Empleados: Para que se procese esta solicitud, deben llenar las secciones B a H y hacer firmar a cada Hijo Mayor de Edad para el cual se realice una Elección de Continuación de Dependientes Menores de 31 Años de acuerdo con la Sección I./**Employees** – You must complete sections B through H and submit the signature of each Over-Age Child for which a Dependent Under 31 Continuation Election is made in accordance with Section I order for this application to be processed.

- Escriba en letra de IMPRENTA excepto en los espacios para firmas./ Please PRINT except when a signature is requested.
- Si un dependiente está discapacitado y usted desea continuar su cobertura más allá de los 26 años, no tiene que realizar una elección de COBRA/NJSGC o Dependiente Menor de 31 Años. En cambio, seleccione “Otro” en la Sección A3 y adjunte un comprobante de discapacidad./If a dependent is disabled and you want to continue his or her coverage beyond age 26, you do not have to make a COBRA/NJSGC or Dependent Under 31 election. Instead, select “Other” in Section A3, and attach proof of disability.
- Para las direcciones de proveedores, incluya el código postal más la extensión de cuatro dígitos (11 dígitos)./For provider addresses, include the zip code plus the four digit extension (11 digits)
- Puede obtener los nombres y direcciones correctos de los proveedores en el directorio de proveedores correspondiente./You can obtain the providers’ correct names and addresses from the appropriate provider directory.

Eventos que Califican/Qualifying Events

- COBRA y NJSGC/COBRA and NJSGC
- C1. Cese del trabajo o reducción de horas/
Termination of job or reduction in hours
 - C2. Inscripción del Empleado en Medicare (sólo COBRA)/Employee enrollment in Medicare (COBRA only)
 - C3. Divorcio (COBRA/NJSGC); disolución de unión civil (NJSGC)/
Divorce (COBRA/NJSGC); civil union dissolution (NJSGC)
 - C4. Muerte del empleado/Death of employee
 - C5. Pérdida del estado de hijo dependiente con el plan/Loss of dependent child status under the plan
 - C6. Discapacidad (que ocurre después de otro evento que califica)/Disability (occurring subsequent to another qualifying event)
- Dependiente Menor de 31 Años/Dependent Under 31
- D1. Pérdida del estado de dependiente y elegible de otro modo/
Loss of dependent status and otherwise eligible
 - D2. Restablecer elegibilidad: residencia estudiantil/
Reestablish eligibility: residency
 - D3. Restablecer elegibilidad: estudiante a tiempo completo no residente/Reestablish eligibility: nonresident full-time student
 - D4. Restablecer elegibilidad: cambio de estado civil/
Reestablish eligibility: change in marital status
 - D5. Restablecer elegibilidad: cambio en el estado de los padres/
Reestablish eligibility: change in parental status
 - D6. Restablecer elegibilidad: cancelación de otra cobertura/Reestablish eligibility: termination of other coverage

**CONDICIONES DE INSCRIPCIÓN: ACEPTACIONES Y ACUERDOS DEL SOLICITANTE/CONDITIONS OF ENROLLMENT - APPLICANT
ACKNOWLEDGEMENTS AND AGREEMENTS**

En mi nombre y en nombre de los dependientes incluidos en este formulario de Solicitud de Cambio/Inscripción, confirmo que/On behalf of myself and the dependents listed in this Enrollment/Change Request form, I acknowledge that:

1. Autorizo a cualquier médico o profesional médico, hospital, clínica u otra institución de atención médica, aseguradora, agencia verificadora de crédito para consumidores y cualquier empresa a dar a Oxford Health Plans, Inc., o a cualquier agencia verificadora de crédito para consumidores que actúe en nombre de Oxford Health Plans, Inc., información relacionada con el empleo, con otra cobertura de salud, y con el consejo, el tratamiento o los suministros médicos por cualquier condición física o mental referente a mi persona o un dependiente menor de edad que solicite cobertura. Acepto que esta autorización tendrá validez durante 30 meses desde la fecha en que firme este formulario de Solicitud de Cambio/Inscripción, a menos que se revoque antes./I authorize any physician or medical professional, hospital, clinic or other medical care institution, carrier, consumer reporting agency, and any employer to give Oxford Health Plans, Inc., or any consumer reporting agency acting on behalf of Oxford Health Plans, Inc., information pertaining to employment, other health coverage, and medical advice, treatment or supplies for any physical or mental condition relevant to me or a minor dependent applying for coverage. I agree that this authorization shall be valid for 30 months from the date I sign this Enrollment/Change Request form, unless revoked at an earlier date.
2. Acepto que, si revoco esta autorización antes de que venza, dicha revocación no afectará ninguna medida que Oxford Health Plans, Inc. haya tomado en virtud de esta autorización./I agree that, if I revoke this authorization before it expires, such revocation shall not affect any action that Oxford Health Plans, Inc. has taken in reliance on the authorization.
3. Entiendo que puedo recibir una copia de esta autorización si solicito una./I understand I may receive a copy of this authorization if I request one.
4. Acepto que Oxford Health Plans, Inc. brindará cobertura de acuerdo con los términos del contrato de la póliza de grupo./I agree Oxford Health Plans, Inc. will provide coverage in accordance with the terms of the contract for the group policy.
5. Acepto que la prestación de cobertura y beneficios depende del pago de las primas y puede cancelarse de acuerdo con los términos de la póliza de grupo si no se pagan las primas oportunamente. Autorizo a la Empresa para la cual trabajo a retener pagos de mi salario como contribución a la prima, según corresponda./I agree that the provision of coverage and benefits is contingent upon payment of premiums and may be terminated in accordance with the terms of the group policy if premiums are not paid timely. I authorize my Employer to withhold payments from my wages as contribution to the premium, as appropriate.



Información del Grupo – La Empresa debe llenar esta sección/
Group Information – To be completed by Employer:

Nombre del Grupo/
Group Name:

Número del Grupo/
Group Number:

Paquete Específico de Contrato/
Contract Specific Package:

**Grandes Empresas de New Jersey – Formulario de Solicitud de Cambio/Inscripción del Miembro - OHI/
New Jersey Large Employer Member Enrollment/Change Request Form – OHI**

Oxford Health Insurance, Inc.

Dirección Postal/Mailing Address: P.O. Box 29142, Hot Springs, AR 71903 1-800-444-6222 www.oxfordhealth.com

A. Tipo de Actividad – La Empresa debe llenar esta sección. Consulte las instrucciones de la cubierta antes de llenar este formulario. Escriba en letra de imprenta y clara/Type of Activity – To be completed by Employer. Refer to instructions on cover before completing this form. Print clearly.

	Actividad - Marque todas las que correspondan/ Activity – Check all that apply	Fecha de Vigencia/ Fecha del Evento/ Effective Date/ Date of Event	Fecha de Contratación/Motivo del Cambio/ Date of Hire/Reason for Change
1. AGREGAR/ADD	<input type="checkbox"/> Inscripción de un nuevo Suscriptor/Enrollment of a new Subscriber <input type="checkbox"/> Agregar Cónyuge/Add Spouse <input type="checkbox"/> Pareja de Unión Civil/Civil Union Partner <input type="checkbox"/> Agregar Pareja de Unión Libre/Add Domestic Partner <input type="checkbox"/> Agregar Hijo Dependiente/Add Dependent Child <input type="checkbox"/> Agregar Hijo Mayor de Edad como Dependiente Menor de 31 Años (<i>llene la sección A 4</i>)/Add Over-Age Child as a Dependent Under 31 (<i>and complete section A 4</i>)	____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____	Fecha de Contratación/Date of Hire: ____ / ____ / ____ _____ _____ _____ _____
2. QUITAR/ REMOVE	<input type="checkbox"/> Baja/Cese del Empleado/Employee Withdrawal/Termination <input type="checkbox"/> Quitar Cónyuge/Remove Spouse <input type="checkbox"/> Pareja de Unión Civil/Civil Union Partner <input type="checkbox"/> Quitar Pareja de Unión Libre/Remove Domestic Partner <input type="checkbox"/> Quitar Hijo Dependiente/Remove Dependent Child <input type="checkbox"/> Quitar Hijo Mayor de Edad como Dependiente Menor de 31 Años/Remove Over-Age Child as a Dependent Under 31	____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____	_____ _____ _____ _____ _____
3. OTRO CAMBIO/ OTHER CHANGE	<input type="checkbox"/> Cambio de Nombre/Name Change <input type="checkbox"/> Cambiar Plan/Change Plan <input type="checkbox"/> Otro/Other <input type="checkbox"/> Agregar/Cambiar Números de Identificación de Consultorio: Médico de Atención Primaria/Obstetra/Ginecólogo/Dentista/ Add/Change Office ID Numbers: Primary/OB/Gyn/ Dentist	____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____	_____ _____ _____ _____

4. CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA/ COVERAGE CONTINUATION	<input type="checkbox"/> Para el Empleado/For Employee <input type="checkbox"/> Discapacidad Total/Total Disability* <input type="checkbox"/> COBRA/NJSGC Duración de la Continuación (en meses)/ Length of Continuation (in months): <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 29 Fecha de Pérdida de la Cobertura/ Date of Loss of Coverage: ___/___/___ N.º de Evento que Califica/Qualifying Event #: _____** Fecha del Evento que Califica/ Date of Qualifying Event: ___/___/___ <i>*Adjuntar comprobante de discapacidad/Attach proof of disability</i>	<input type="checkbox"/> Para el Cónyuge/Pareja de Unión Civil/ For Spouse/Civil Union Partner* Duración de la Continuación (en meses)/ Length of Continuation (in months): <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 36 Fecha de Pérdida de la Cobertura/ Date of Loss of Coverage: ___/___/___ N.º de Evento que Califica/Qualifying Event #: _____** Fecha del Evento que Califica/ Date of Qualifying Event: ___/___/___ <i>*Las parejas de unión civil son elegibles para realizar una elección conforme a NJSGC, si corresponde./Civil union partners are eligible to make an election pursuant to NJSGC, if applicable.</i>	<input type="checkbox"/> Para el Dependiente o Hijo Mayor de Edad/ For Dependent or Over-age Child <input type="checkbox"/> COBRA/NJSGC Duración de la Continuación (en meses)/ Length of Continuation (in months): <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 36 Pérdida de Cobertura/Loss of Coverage: ___/___/___ N.º de Evento que Califica/Qualifying Event #: _____** Fecha/Date: ___/___/___ <input type="checkbox"/> Dependiente Menor de 31 Años/Dependent Under 31 N.º de Evento que Califica/Qualifying Event #: _____**
	**N.º de Eventos que califican: ver la lista en Instrucciones./Qualifying event #s: see list in Instructions.		

B. Información del Empleado – El empleado debe llenar esta sección/Employee Information – To be completed by the Employee	Nombre (Apellido, Nombre, Inicial del 2.º Nombre)/Name (Last, First, MI): _____	N.º del Seguro Social/SSN: _____
--	---	----------------------------------

Particular/ Home	Dirección/Street/Apt: _____	Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)/Birthdate (mm/dd/yyyy): _____	<input type="checkbox"/> Hombre/Male <input type="checkbox"/> Mujer/Female	
	Ciudad/City: _____	Estado/State: _____ Código Postal/Zip Code: _____	Teléfono/Phone: (____) _____	
Trabajo/Work	Nombre de la Empresa/Employer Name: _____	Teléfono/Phone: (____) _____		
	Dirección/Address: _____	Fecha de Empleo/Employment Date: ___/___/___		
Ciudad/City: _____	Estado/State: _____ Código Postal/Zip Code: _____	Horas trabajadas por semana/ Hours worked per week: _____		

Actividad/Activity	<input type="checkbox"/> Agregar/Add <input type="checkbox"/> Quitar/Remove <input type="checkbox"/> Continuación/Continuation <input type="checkbox"/> Otro Cambio <i>Si es un cambio de nombre, indique el nombre anterior/Other Change If a name change, indicate prior name:</i>		
	Nombre del Médico de Atención Primaria/Primary Name	N.º de Identificación del Proveedor/Provider ID #: _____	¿Es Paciente Actual?/ Current Patient: <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No
	Nombre del Obstetra/Ginecólogo/Ob/Gyn Name	N.º de Identificación del Proveedor/Provider ID #: _____	¿Es Paciente Actual?/ Current Patient: <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No
	Nombre del Dentista/Dentist Name	N.º de Identificación del Proveedor/Provider ID #: _____	¿Es Paciente Actual?/ Current Patient: <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No

¿Otra Cobertura de Salud?/Other Health Coverage? <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No <i>Si la respuesta es afirmativa/If yes:</i> Nombre del Pagador/Payer Name: _____ N.º de Póliza/Policy #: _____ N.º de Identificación de Medicare, si corresponde/Medicare ID#, if any	¿Otra Cobertura de Medicamentos de Venta con Receta?/Other Rx Coverage? <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No <i>Si la respuesta es afirmativa/If yes:</i> Nombre del Pagador/Payer Name: _____ N.º de Póliza/Policy #: _____ N.º de Identificación de Medicare, si corresponde/Medicare ID#, if any:
---	---

C. Opciones de Planes – El empleado debe llenar esta sección/Plan Option – To be completed by the Employee

Grupo de Grandes Empresas/Large Group: Freedom Plan[®] AccessSM Liberty PlanSM Access Oxford[®] HSA DirectSM
 Freedom Plan[®] ClassicSM Liberty PlanSM Classic Exclusive Plan
 Freedom Plan[®] DirectSM Liberty PlanSM Direct Sector Público de NJ/NJ Public Sector

D. Otras Personas Cubiertas – El empleado debe llenar esta sección *Identifique a las personas, excepto usted, para las cuales agrega/cambia/quita/continúa la cobertura. Si es necesario, adjunte más páginas, féchelas y firmelas. Adjuntar comprobante de discapacidad./Other Individuals Covered – To be completed by the Employee Identify individuals other than yourself for whom you are adding/changing/removing/continuing coverage. Attach additional pages if necessary, with your signature and dated. Attach proof of disability.*

1. <input type="checkbox"/> Cónyuge/Spouse <input type="checkbox"/> Pareja de Unión Libre/Domestic Partner <input type="checkbox"/> Pareja de Unión Civil/Civil Union Partner	2. Hijo/Child	3. Hijo/Child	4. Hijo/Child
<input type="checkbox"/> Agregar/Add <input type="checkbox"/> Quitar/Remove <input type="checkbox"/> Otro/Other <input type="checkbox"/> Continuar Cónyuge/Continue Spouse <input type="checkbox"/> Continuar Pareja de Unión Civil (NJSGC)/Continue CU Partner (NJSGC)	<input type="checkbox"/> Agregar/Add <input type="checkbox"/> Quitar/Remove <input type="checkbox"/> Otro/Other <input type="checkbox"/> Continuar/Continue	<input type="checkbox"/> Agregar/Add <input type="checkbox"/> Quitar/Remove <input type="checkbox"/> Otro/Other <input type="checkbox"/> Continuar/Continue	<input type="checkbox"/> Agregar/Add <input type="checkbox"/> Quitar/Remove <input type="checkbox"/> Otro/Other <input type="checkbox"/> Continuar/Continue
Nombre (Apellido, Nombre, Inicial del 2.º nombre)/Name (last, first, MI) A/L: _____ N/F: _____ Inicial 2.º N/MI: _____	Nombre (Apellido, Nombre, Inicial del 2.º nombre)/Name (last, first, MI) A/L: _____ N/F: _____ Inicial 2.º N/MI: _____	Nombre (Apellido, Nombre, Inicial del 2.º nombre)/Name (last, first, MI) A/L: _____ N/F: _____ Inicial 2.º N/MI: _____	Nombre (Apellido, Nombre, Inicial del 2.º nombre)/Name (last, first, MI) A/L: _____ N/F: _____ Inicial 2.º N/MI: _____

Continúa en la página siguiente/Continue on next page

Continúa de la página anterior/Continue from previous page

1. Cónyuge, Pareja de Unión Libre, Pareja de Unión Civil/ Spouse, Domestic Partner, Civil Union Partner	2. Hijo/Child	3. Hijo/Child	4. Hijo/Child
Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)/ Birthdate (mm/dd/yyyy):	Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)/ Birthdate (mm/dd/yyyy):	Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)/ Birthdate (mm/dd/yyyy):	Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)/ Birthdate (mm/dd/yyyy):
<input type="checkbox"/> Varón/Male <input type="checkbox"/> Mujer/Female / <input type="checkbox"/> Discapacitado/Disabled	<input type="checkbox"/> Varón/Male <input type="checkbox"/> Mujer/Female / <input type="checkbox"/> Discapacitado/Disabled	<input type="checkbox"/> Varón/Male <input type="checkbox"/> Mujer/Female / <input type="checkbox"/> Discapacitado/Disabled	<input type="checkbox"/> Varón/Male <input type="checkbox"/> Mujer/Female / <input type="checkbox"/> Discapacitado/Disabled
Número del Seguro Social/ Social Security Number:	Número del Seguro Social/ Social Security Number:	Número del Seguro Social/ Social Security Number:	Número del Seguro Social/ Social Security Number:
¿Otra Cobertura de Salud?/ Other Health Coverage: <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No <i>Si la respuesta es afirmativa/If yes:</i> Nombre del Pagador/Payer Name:	¿Otra Cobertura de Salud?/ Other Health Coverage: <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No <i>Si la respuesta es afirmativa/If yes:</i> Nombre del Pagador/Payer Name:	¿Otra Cobertura de Salud?/ Other Health Coverage: <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No <i>Si la respuesta es afirmativa/If yes:</i> Nombre del Pagador/Payer Name:	¿Otra Cobertura de Salud?/ Other Health Coverage: <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No <i>Si la respuesta es afirmativa/If yes:</i> Nombre del Pagador/Payer Name:
N.º de Póliza/Policy #:	N.º de Póliza/Policy #:	N.º de Póliza/Policy #:	N.º de Póliza/Policy #:
N.º de Identificación de Medicare/ Medicare ID #:	N.º de Identificación de Medicare/ Medicare ID #:	N.º de Identificación de Medicare/ Medicare ID #:	N.º de Identificación de Medicare/ Medicare ID #:
¿Otra Cobertura de Medicamentos de Venta con Receta?/Other Rx Coverage: <input type="checkbox"/> Sí/ Yes <input type="checkbox"/> No <i>Si la respuesta es afirmativa/If yes:</i> Nombre del Pagador/Payer Name:	¿Otra Cobertura de Medicamentos de Venta con Receta?/Other Rx Coverage: <input type="checkbox"/> Sí/ Yes <input type="checkbox"/> No <i>Si la respuesta es afirmativa/If yes:</i> Nombre del Pagador/Payer Name:	¿Otra Cobertura de Medicamentos de Venta con Receta?/Other Rx Coverage: <input type="checkbox"/> Sí/ Yes <input type="checkbox"/> No <i>Si la respuesta es afirmativa/If yes:</i> Nombre del Pagador/Payer Name:	¿Otra Cobertura de Medicamentos de Venta con Receta?/Other Rx Coverage: <input type="checkbox"/> Sí/ Yes <input type="checkbox"/> No <i>Si la respuesta es afirmativa/If yes:</i> Nombre del Pagador/Payer Name:
N.º de Póliza/Policy #:	N.º de Póliza/Policy #:	N.º de Póliza/Policy #:	N.º de Póliza/Policy #:
N.º de Identificación de Medicare/ Medicare ID #:	N.º de Identificación de Medicare/ Medicare ID #:	N.º de Identificación de Medicare/ Medicare ID #:	N.º de Identificación de Medicare/ Medicare ID #:

Continúa en la página siguiente/Continue on next page

Continúa de la página anterior/Continue from previous page

1. Cónyuge, Pareja de Unión Libre, Pareja de Unión Civil/ Spouse, Domestic Partner, Civil Union Partner	2. Hijo/Child	3. Hijo/Child	4. Hijo/Child
Proveedor de Atención Primaria/ Primary Care Provider: N.º de Identificación del Proveedor/ Provider ID #: _____ ¿Es Paciente Actual?/Current Patient? <input type="checkbox"/> Sí/ Yes <input type="checkbox"/> No	Proveedor de Atención Primaria/ Primary Care Provider: N.º de Identificación del Proveedor/ Provider ID #: _____ ¿Es Paciente Actual?/Current Patient? <input type="checkbox"/> Sí/ Yes <input type="checkbox"/> No	Proveedor de Atención Primaria/ Primary Care Provider: N.º de Identificación del Proveedor/ Provider ID #: _____ ¿Es Paciente Actual?/Current Patient? <input type="checkbox"/> Sí/ Yes <input type="checkbox"/> No	Proveedor de Atención Primaria/ Primary Care Provider: N.º de Identificación del Proveedor/ Provider ID #: _____ ¿Es Paciente Actual?/Current Patient? <input type="checkbox"/> Sí/ Yes <input type="checkbox"/> No
Consultorio del Obstetra/Ginecólogo/ Ob/Gyn Office N.º de Identificación del Proveedor/ Provider ID # _____ ¿Es Paciente Actual?/Current Patient? <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No	Consultorio del Obstetra/Ginecólogo/ Ob/Gyn Office N.º de Identificación del Proveedor/ Provider ID # _____ ¿Es Paciente Actual?/Current Patient? <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No	Consultorio del Obstetra/Ginecólogo/ Ob/Gyn Office N.º de Identificación del Proveedor/ Provider ID # _____ ¿Es Paciente Actual?/Current Patient? <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No	Consultorio del Obstetra/Ginecólogo/ Ob/Gyn Office N.º de Identificación del Proveedor/ Provider ID # _____ ¿Es Paciente Actual?/Current Patient? <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No
Consultorio del Dentista/Dentist Office N.º de Identificación del Proveedor/ Provider ID #: _____ ¿Es Paciente Actual?/Current Patient? <input type="checkbox"/> Sí/ Yes <input type="checkbox"/> No	Consultorio del Dentista/Dentist Office N.º de Identificación del Proveedor/ Provider ID #: _____ ¿Es Paciente Actual?/Current Patient? <input type="checkbox"/> Sí/ Yes <input type="checkbox"/> No	Consultorio del Dentista/Dentist Office N.º de Identificación del Proveedor/ Provider ID #: _____ ¿Es Paciente Actual?/Current Patient? <input type="checkbox"/> Sí/ Yes <input type="checkbox"/> No	Consultorio del Dentista/Dentist Office N.º de Identificación del Proveedor/ Provider ID #: _____ ¿Es Paciente Actual?/Current Patient? <input type="checkbox"/> Sí/ Yes <input type="checkbox"/> No
¿Está empleado?/Employed? <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No <i>Si la respuesta es afirmativa, llene la Sección E1/If YES, complete Section E1</i>	Si el apellido es distinto al del Empleado, explique/If last name is different from Employee's, please explain: _____ _____ _____	Si el apellido es distinto al del Empleado, explique/If last name is different from Employee's, please explain: _____ _____ _____	Si el apellido es distinto al del Empleado, explique/If last name is different from Employee's, please explain: _____ _____ _____

Continúa en la página siguiente/Continue on next page

Continúa de la página anterior/Continue from previous page

1. Cónyuge, Pareja de Unión Libre, Pareja de Unión Civil/ Spouse, Domestic Partner, Civil Union Partner	2. Hijo/Child	3. Hijo/Child	4. Hijo/Child
<p>¿La dirección de facturación o el domicilio son los mismos que los del Empleado?/Home or billing addresses same as Employee? <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p><i>Si la respuesta es negativa, llene la Sección E2/If NO, complete Section E2</i></p>	<p>¿Vive con el Empleado?/Living with Employee? <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p><i>Si la respuesta es negativa, llene la Sección F/If NO, complete Section F</i></p>	<p>¿Vive con el Empleado?/Living with Employee? <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p><i>Si la respuesta es negativa, llene la Sección F/If NO, complete Section F</i></p>	<p>¿Vive con el Empleado?/Living with Employee? <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p><i>Si la respuesta es negativa, llene la Sección F/If NO, complete Section F</i></p>
<p>E. Información Adicional sobre el Cónyuge/Pareja de Unión Civil/Pareja de Unión Libre – El empleado debe llenar esta sección. Si no corresponde, marque “NC”./ Additional Spouse/Civil Union Partner/ Domestic Partner Information – To be completed by Employee. If not applicable, please mark as “NA.”</p>	<p>1. Nombre de la Empresa/Employer Name: _____</p> <p>Dirección de la Empresa/Employer Address: _____</p> <p>Ciudad, Estado, Código Postal/City, State, Zip Code: _____</p> <p>Teléfono de la Empresa/Employer Phone: () _____</p>		
<p>2a. Dirección/Street/Apt: _____</p> <p>Ciudad, Estado, Código Postal/City, State, Zip Code: _____</p>		<p>2b. Explique por qué la dirección es diferente/Please explain why the address is different: _____ _____</p>	

F. Información Adicional sobre los Hijos – El empleado debe llenar esta sección. *Brinde información a continuación sobre los hijos detallados en la Sección D, si tienen una dirección distinta a la del empleado. Si varios hijos viven en la misma dirección, puede indicarlos juntos. Si es necesario, adjunte más páginas, féchelas y firmelas.* **Additional Child Information** – To be completed by Employee. *Provide information below about children listed in Section D, if they have a different address from the employee. If multiple children are at an address, you may list them together. Attach additional pages as necessary, signed and dated.*

Nombre(s)/Name(s): _____	Nombre(s)/Name(s): _____
Dirección/Street/Apt: _____	Dirección/Street/Apt: _____
Dirección/Street/Apt: _____	Dirección/Street/Apt: _____
Ciudad, Estado, Código Postal/City, State, Zip Code: _____	Ciudad, Estado, Código Postal/City, State, Zip Code: _____
Razón/Reason: _____	Razón/Reason: _____

<p>G. Raza/Origen Étnico – El empleado debe llenar esta sección, si así lo desea. <i>NOTA: su respuesta es valorada pero NO es obligatoria.</i> Race/Ethnicity – To be completed by the Employee, at his/her option. <i>NOTE: your response is appreciated but NOT required!</i></p>	<p><i>Elija la categoría que lo describa con mayor precisión/Choose a category that most closely describes you:</i></p> <p><input type="checkbox"/> Indoamericano o Nativo de Alaska/American Indian or Alaskan Native</p> <p><input type="checkbox"/> Negro, no de origen hispano/Black, not of Hispanic origin</p> <p><input type="checkbox"/> Hispano/Hispanic</p> <p><input type="checkbox"/> Asiático o de las Islas del Pacífico/Asian or Pacific Islander</p> <p><input type="checkbox"/> Blanco, no de origen hispano/White, not of Hispanic origin</p>
--	---

H. Firma del Empleado/ Employee Signature	<p>Certifico que toda la información suministrada en esta solicitud es verdadera y completa. Por medio del presente documento acepto las Condiciones de Inscripción establecidas en este formulario de Solicitud de Cambio/Inscripción. Autorizo que se realicen deducciones de mis ingresos para cualquier contribución necesaria./I represent that all the information supplied in this application is true and complete. I hereby agree to the Conditions of Enrollment set forth in this Enrollment/Change Request form. I authorize deductions from my earnings for any contributions required from me.</p> <p>Firma/Signature: _____ Fecha/Date: _____</p>
--	--

I. Firma del Hijo Mayor de Edad/Over-Age Child's Signature	<p>Certifico que toda la información suministrada en esta solicitud con respecto a la Elección de Continuación de Dependientes Menores de 31 Años es verdadera y completa. Por medio del presente documento acepto las Condiciones de Inscripción establecidas en este formulario de Solicitud de Cambio/Inscripción. Por medio del presente documento acepto hacer las contribuciones necesarias para la Elección de Continuación de Dependientes Menores de 31 Años./I represent that all the information supplied in this application regarding the Dependent Under 31 Continuation Election is true and complete. I hereby agree to the Conditions of Enrollment set forth in this Enrollment/Change Request form. I hereby agree to make contributions required from me for the Dependent Under 31 Continuation Election.</p> <p>Firma/Signature: _____ Fecha/Date: _____</p>
---	--

J. Verificación de la Empresa/Employer Verification	<p>Se cree que la actividad solicitada es elegible y está aprobada por la Empresa./The requested activity is believed eligible and is approved by the Employer.</p> <p>Representante de la Empresa/Employer Representative: _____</p> <p>Fecha/Date: _____</p> <p>Cargo del Representante/Representative's Title: _____</p>
--	---