

NOMBRE DEL EMPLEADO: _____

REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD PARA DEPENDIENTES

Para garantizar que los dependientes inscritos en los planes de salud cumplan con los requisitos de elegibilidad, solicitamos confirmación de la elegibilidad de los dependientes que desea inscribir. Los dependientes elegibles se definen en nuestra Descripción resumida del plan como:

1. Su cónyuge legítimo
2. Sus hijos que:
 - son menores de 26 años.
 - tienen 26 años o más, solteros, mantenidos principalmente por usted e incapaces de mantener un empleo autónomo debido a una discapacidad mental o física que surgió mientras el niño estaba cubierto como dependiente en virtud del plan CDI, o mientras estaba cubierto como dependiente por un plan anterior sin interrupción en la cobertura entre los dos planes.

El término "hijo" significa un niño nacido de usted o un niño adoptado legalmente por usted. También incluye un hijastro, un hijo adoptivo o un niño del cual usted es el tutor legal.

CONFIRMAR ELEGIBILIDAD PARA DEPENDIENTES

Nombre del Dependiente	Parentesco (cónyuge/hijo)	Género (hombre/mujer)	Fecha de nacimiento	¿Este dependiente cumple con la definición de dependiente elegible?	
				Sí	No
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FIRMA Y FECHA

Con mi firma en este formulario, certifico y garantizo a Cascade Designs que toda la información del dependiente en este formulario es verdadera, correcta y está actualizada a la fecha de la firma. Entiendo que cualquier intento de cubrir a un dependiente no elegible me someterá a las medidas disciplinarias apropiadas.

Firma del Empleado

Fecha