

Por favor use letra de molde con tinta azul o negra.

Solicitud de Inscripción y Formulario de Cambio

Número del Grupo 085000

www.trs.state.tx.us/trs-activecare

ELEGIBILIDAD

Está empleado y contribuyendo mensualmente al TRS? Sí No
Si no, ¿está programado para trabajar 10 horas o más por semana? Sí No
(Si responde No a ambas preguntas, no es elegible para cobertura de TRS-ActiveCare.)

SECCIÓN 1 — MOTIVOS RELACIONADOS A LA INSCRIPCIÓN

Marque todos los cuadros aplicables

Nombre del Distrito/Empleador

Reciente Inscrito Añadir Dependiente
¿Es su solicitud debido a:
Una Inscripción Anual? Sí No
Motivo Especial de Inscripción? Sí No

Si es sí, fecha del motivo: Mes Día Año

Motivo: Matrimonio Nacimiento/Adopción
 Orden Judicial Pérdida de Otra
 Otro, Explique: Cobertura

Si es empleado nuevo ¿cuándo desea que su cobertura empiece?
 Fecha de empleo activo
 Primer día del mes después de la fecha de empleo activo

Cancelar Inscrito Cancelar Dependiente
Indique las personas cancelando en la Sección 5

Motivo:
 Divorcio* Muerte* Pérdida de Elegibilidad
 Terminación de Empleo o Retraído
 Falta de pago de Primas
 Expiración Permiso Ausencia de Trabajo
 Cobertura cancelado (por empleado)
 Otra Explique:
Indique fecha Mes Día Año

Cambio
 Plan o Dirección
 Dirección
 Nombre

No Acepta Cobertura
(Llene las Secciones 2 y 9)

For Employer Use Only

TRS Reporting Number

Employee's Actively-at-Work Date
MM DD YYYY

Effective Date of Coverage
MM DD YYYY

Employer Verification

SECCIÓN 2 — SU INFORMACIÓN PERSONAL

Llene aun si no está aceptando cobertura

Masculino Casado(a) Femenino Soltero(a)

Apellido Nombre Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento Mes Día Año

Número de Seguro Social - -

Número de Tel. del Trabajo ()

Número de Tel. Particular ()

Dirección Ciudad Estado Código Postal

Llene solamente si usted está solicitando cobertura de HMO

Idioma Principal: ¿Tiene usted alguna incapacidad que le impida su habilidad para comunicarse o leer? Sí No

Describa materiales especiales que necesite para comunicación:

Número Médico Primario de HMO:

Número Gineco/Obstetra de HMO:

Miembros FEMENINOS: Usted tiene el derecho de escoger a su médico Gineco/Obstetra quien usted tiene acceso sin tener que obtener primero una referencia de su Médico General Primario. Usted no necesita designar un Gineco/Obstetra. Puede elegir el recibir los servicios Gineco/Obstetra de su Médico General Primario. Si usted desea designar un médico Gineco/Obstetra, por favor indique el número del proveedor.

SECCIÓN 3 — INFORMACIÓN DE MEDICARE

Llene si usted o algún dependiente está cubierto por Medicare

Nombre de la Persona con Medicare

Medicare Parte A Vigente Desde Mes Día Año

Número de Medicare

Medicare Parte B Vigente Desde Mes Día Año

Enfermedad Renal de Última Etapa Sí No

Si se necesita espacio adicional, por favor adjunte otra solicitud.

SECCIÓN 4 — ELIJA SU PLAN Y CATEGORÍA DE COBERTURA

Plan de Beneficios Médicos (Marque un cuadro)

PPO: ActiveCare 1 ActiveCare 2 ActiveCare 3

HMO: FirstCare Legacy Health Solutions Mercy Health Plans Scott & White Health Plan Valley Baptist Health Plans

Categoría de Cobertura (Marque un cuadro)

Empleado Solo
 Empleado y Cónyuge
 Empleado e Hijos
 Empleado y Familia

SECCIÓN 5 — COBERTURA DE DEPENDIENTES

Llene para solicitar cobertura o hacer cambios a la cobertura de dependientes

Cónyuge Añadir Excluir Masculino Femenino

Apellido Nombre Inicial Segundo Nombre Número Médico Primario de HMO:

Número de Seguro Social Fecha de Nacimiento Mes Día Año Dirección Postal, si es diferente Ciudad Estado Código Postal

Hijo Añadir Excluir Masculino Femenino

Apellido Nombre Inicial Segundo Nombre Número Médico Primario de HMO:

Número de Seguro Social Fecha de Nacimiento Mes Día Año Dirección Postal, si es diferente Ciudad Estado Código Postal

Indique la relación del hijo al empleado: Hijo legítimo/adoptado Hijastro Bajo su tutela Guardián legal Nieto** Otro menor**

Hijo Añadir Excluir Masculino Femenino

Apellido Nombre Inicial Segundo Nombre Número Médico Primario de HMO:

Número de Seguro Social Fecha de Nacimiento Mes Día Año Dirección Postal, si es diferente Ciudad Estado Código Postal

Indique la relación del hijo al empleado: Hijo legítimo/adoptado Hijastro Bajo su tutela Guardián legal Nieto** Otro menor**

Hijo Añadir Excluir Masculino Femenino

Apellido Nombre Inicial Segundo Nombre Número Médico Primario de HMO:

Número de Seguro Social Fecha de Nacimiento Mes Día Año Dirección Postal, si es diferente Ciudad Estado Código Postal

Indique la relación del hijo al empleado: Hijo legítimo/adoptado Hijastro Bajo su tutela Guardián legal Nieto** Otro menor**

* Los inscritos en HMO pueden ser elegibles para continuación de cobertura por medio del estado. Vea su Certificado de Cobertura para más información.

**Debe llenar el criterio de elegibilidad especificado en el primer punto bajo Condiciones de Cobertura en la Sección 10.

Si se necesita espacio adicional para dependientes, por favor adjunte otra solicitud.

SECCIÓN 5 — COBERTURA DE DEPENDIENTES (continuación) Llène para solicitar cobertura o hacer cambios a la cobertura de dependientes

Hijo	<input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Excluir	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Apellido	Nombre	Inicial Segundo Nombre	Número Médico Primario de HMO:
Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento		Dirección Postal, si es diferente		Ciudad	Estado Código Postal
	Mes	Día	Año			
Indique la relación del hijo al empleado: <input type="checkbox"/> Hijo legítimo/adoptado <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Bajo su tutela <input type="checkbox"/> Guardián legal <input type="checkbox"/> Nieto** <input type="checkbox"/> Otro menor**						

Hijo	<input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Excluir	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Apellido	Nombre	Inicial Segundo Nombre	Número Médico Primario de HMO:
Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento		Dirección Postal, si es diferente		Ciudad	Estado Código Postal
	Mes	Día	Año			
Indique la relación del hijo al empleado: <input type="checkbox"/> Hijo legítimo/adoptado <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Bajo su tutela <input type="checkbox"/> Guardián legal <input type="checkbox"/> Nieto** <input type="checkbox"/> Otro menor**						

** Debe llenar el criterio de elegibilidad especificado en el primer punto bajo Condiciones de Cobertura en la Sección 10. Si se necesita espacio adicional para dependientes, por favor adjunte otra solicitud.

SECCIÓN 6 — INFORMACIÓN SOBRE COBERTURA PREVIA Esta sección no corresponde a quienes se inscriban cuando son elegibles por primera vez, nuevos contratados o inscritos en HMO

Para poder recibir crédito por períodos de exclusión de condición preexistente, usted debe proveer información sobre cobertura acreditable anterior para usted y cualquier dependiente indicado. Si usted tiene un certificado de cobertura previa, por favor adjunte una copia a esta solicitud de inscripción. (Si tenía más de un plan vigente, o si la información de los dependientes es diferente, adjunte páginas adicionales.) Si es Medicare, por favor llene la Información de Medicare en la Sección 3 al frente de esta solicitud.

SECCIÓN 7 — INFORMACIÓN SOBRE OTRA COBERTURA MÉDICA

¿Está usted o cualquiera de sus dependientes inscribiéndose en algún plan de TRS-ActiveCare cubierto por otra cobertura médica? Sí No

Si lo está, por favor indique el nombre de cada individuo cubierto por otro plan médico.

SECCIÓN 8 — HIJO DEPENDIENTE INCAPACITADO Llène para hijos mayores de 25 años, incapacitados, y envíe Declaración de Incapacidad

Nombre del Hijo Dependiente Incapacitado	Tipo de Incapacidad
¿Ha sido diagnosticada la incapacidad como permanente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es temporal, ¿cuánto tiempo se espera que el hijo dependiente permanezca incapacitado?	¿Está imposibilitado a trabajar el hijo dependiente debido a la incapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Para inscribir a un hijo dependiente incapacitado mayor de 25 años, necesita un formulario de Declaración de Incapacidad de Hijo Dependiente. Vea al Administrador de Beneficios de su distrito/entidad.

SECCIÓN 9 — NO ACEPTACIÓN DE LA COBERTURA MÉDICA Para rehusar la cobertura, la Sección 2 debe ser llenada también

Esta sección es para certificar que la cobertura disponible me ha sido explicada. Se me ha dado la oportunidad de solicitar la cobertura ofrecida a mí y a mis dependientes elegibles y he elegido voluntariamente no aceptar la cobertura según lo indicado abajo. Si deseo solicitar cobertura en una fecha posterior, entiendo que puede haber un retraso en la fecha de entrada en vigencia de la cobertura así como un período de exclusión de condición preexistente (no corresponde a cobertura de HMO).

Nombre <input type="checkbox"/> Empleado	Razón para no aceptar: <input type="checkbox"/> Cobertura de Otro Grupo <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Otro, explique:
Nombre <input type="checkbox"/> Cónyuge	Razón para no aceptar: <input type="checkbox"/> Cobertura de Otro Grupo <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Otro, explique:
Nombre <input type="checkbox"/> Hijo Dependiente	Razón para no aceptar: <input type="checkbox"/> Cobertura de Otro Grupo <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Otro, explique:
Nombre <input type="checkbox"/> Hijo Dependiente	Razón para no aceptar: <input type="checkbox"/> Cobertura de Otro Grupo <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Otro, explique:
Nombre <input type="checkbox"/> Hijo Dependiente	Razón para no aceptar: <input type="checkbox"/> Cobertura de Otro Grupo <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Otro, explique:

Firma _____ Fecha _____

SECCIÓN 10 — CONDICIONES DE LA COBERTURA

• Soy un empleado del Empleador nombrado en esta Solicitud de Inscripción y Formulario de Cambio. Soy elegible para participar en la(s) cobertura(s) ofrecida por el programa TRS-ActiveCare, el cual es administrado por Blue Cross and Blue Shield of Texas con beneficios HMO provistos por los planes médicos: SHA, L.L.C. conocido también como FirstCare, Legacy Health Solutions, Inc., Mercy Health Plans of Missouri, Inc., Scott and White Health Plan y Valley Baptist Insurance Company conocido también como Valley Baptist Health Plans. A nombre mío y de cualquier dependiente indicado en esta Solicitud de Inscripción y Formulario de Cambio, solicito la(s) cobertura(s) para la cual soy elegible.

- Si estoy inscribiendo a un nieto en la Sección 5, yo certifico que mi hogar es su residencia principal y que él es mi dependiente en relación a los impuestos sobre la renta federal.
- Si estoy inscribiendo a un niño como "otro menor" en la Sección 5, yo certifico que mi hogar es la residencia principal del menor, que proveo por lo menos el 50% de la manutención del menor, que ninguno de los padres naturales del menor reside en mi hogar, y que tengo el derecho legal de tomar decisiones sobre el cuidado médico del menor.
- Sólo la(s) cobertura(s) y cantidades para las cuales soy elegible estarán disponibles para mí. Entiendo que si esta Solicitud de Inscripción y Formulario de Cambio es aceptada, la(s) cobertura(s) entrará en efecto de acuerdo a las provisiones del programa TRS-ActiveCare.
- Entiendo que la cobertura médica que estoy solicitando puede estar sujeta a una exclusión de condición preexistente (no corresponde a cobertura HMO).
- Entiendo que al inscribirme para cobertura con el empleador indicado en este Formulario de Solicitud de Inscripción y Cambio, será terminada cualquier cobertura de TRS-ActiveCare que yo haya elegido bajo otro distrito/entidad participante de TRS-ActiveCare, en conformidad a las Normas de TRS.
- Autorizo la deducción de nómina de pago necesaria por mi Empleador, si hay alguna, para cubrir el costo de mi cobertura(s). Acuerdo a que mi Empleador actúe como mi agente. Todos los avisos dados a mi Empleador constituyen obligaciones de mi parte. También acuerdo que mi participación en la(s) cobertura(s) está sujeta a cualquier enmienda futura.
- Declaro que la información dada en esta Solicitud de Inscripción y Formulario de Cambio es verdadera y correcta. Entiendo y acuerdo que cualquier declaración incorrecta substancial al riesgo y a sabiendas hecha por mí invalidará mi cobertura(s).

Firma del Solicitante _____ Fecha _____