



NOMBRE DEL DISTRITO: Bullhead City S.D. #15 NÚMERO DE GRUPO: 24819

**2026-2027**  
**FORMA DE INSCRIPCIÓN/  
CAMBIO EN BENEFICIOS**

ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA LEGIBLE Y COMPLETE **TODA** LA FORMA

ANTES DE IMPUESTOS  Sí  No (En caso afirmativo, debe tener un hecho condicionante para hacer cambios a mitad de año)

**DATOS DEL EMPLEADO (debe completarlos el empleado solamente)**

APELLIDO		NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AA) / /
N.º DE SEGURO SOCIAL	GÉNERO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Pareja		CONDICIÓN COMO EMPLEADO <input type="checkbox"/> Empleado activo <input type="checkbox"/> Cobra	
HORAS TRABAJADAS POR SEMANA	CAMBIO DE DOMICILIO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	CAMBIO DE NOMBRE <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, indique nombre anterior _____			
DIRECCIÓN POSTAL					
CIUDAD			ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
NÚMERO DE TELÉFONO PARTICULAR			NÚMERO DE TELÉFONO LABORAL		
¿ES UN <b>EMPLEADO</b> CUBIERTO POR <b>ALGÚN</b> OTRO SEGURO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO (p. ej., Medicare, Tricare, plan de un cónyuge)					
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS: _____			FECHA DE ENTRADA EN VIGOR: _____		
TIPO DE PÓLIZA (jubilado, COBRA, cónyuge): _____			TITULAR DE LA PÓLIZA (individual, cónyuge): _____		
FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE LA INSCRIPCIÓN EN MEDICARE: PARTE A _____					
PART B _____ N.º DE RECLAMO DEL SEGURO DE SALUD _____					
DERECHO A RECIBIR LA COBERTURA DE MEDICARE POR: <input type="checkbox"/> EDAD <input type="checkbox"/> DISCAPACIDAD					
<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD RENAL EN ETAPA TERMINAL (ESRD)					

**CONFIRMACIÓN DE INSCRIPCIÓN**

QUIERO RENUNCIAR A LA COBERTURA ¿Está cubierto actualmente por otro seguro de salud?  Sí  No

FIRMA DEL EMPLEADO

FECHA

/ /

**PARA COMPLETAR POR  
PERSONAL DE RECURSOS  
HUMANO SOLAMENTE**

(si esta sección no está completa, la forma será devuelta al distrito)

NUEVA CONTRATACIÓN

Fecha de contratación \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Fecha de entrada en vigor \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

TERMINACIÓN DEL SEGURO

CAMBIO

Fecha de entrada en vigor del cambio \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Fecha del hecho condicionante: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

AGREGAR DEPENDIENTE(S)

Hecho condicionante \_\_\_\_\_

PERMISO PARA AUSENTARSE DEL TRABAJO

Fecha de inicio \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

INSCRIPCIÓN ABIERTA

JUBILADO

Fecha de entrada en vigor \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

SALARIO \$ \_\_\_\_\_

INICIALES DEL REPRESENTANTE DE RECURSOS HUMANOS \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**SELECCIÓN DE BENEFICIOS**

<input type="checkbox"/> ACTIVE: CLASSIC GOLD	<input type="checkbox"/> EMPLEADO SOLAMENTE	<input type="checkbox"/> EMPLEADO + CÓNYUGE/PAREJA	<input type="checkbox"/> EMPLEADO + HIJO(S)	<input type="checkbox"/> EMPLEADO + FAMILIA
<input type="checkbox"/> ACTIVE: CLASSIC SILVER	<input type="checkbox"/> EMPLEADO SOLAMENTE	<input type="checkbox"/> EMPLEADO + CÓNYUGE/PAREJA	<input type="checkbox"/> EMPLEADO + HIJO(S)	<input type="checkbox"/> EMPLEADO + FAMILIA
<input type="checkbox"/> ACTIVE: HDHP A	<input type="checkbox"/> EMPLEADO SOLAMENTE	<input type="checkbox"/> EMPLEADO + CÓNYUGE/PAREJA	<input type="checkbox"/> EMPLEADO + HIJO(S)	<input type="checkbox"/> EMPLEADO + FAMILIA
<input type="checkbox"/> ACTIVE: DENTAL	<input type="checkbox"/> EMPLEADO SOLAMENTE	<input type="checkbox"/> EMPLEADO + CÓNYUGE/PAREJA	<input type="checkbox"/> EMPLEADO + HIJO(S)	<input type="checkbox"/> EMPLEADO + FAMILIA
<input type="checkbox"/> ACTIVE: VSP VISION	<input type="checkbox"/> EMPLEADO SOLAMENTE	<input type="checkbox"/> EMPLEADO + CÓNYUGE/PAREJA	<input type="checkbox"/> EMPLEADO + HIJO(S)	<input type="checkbox"/> EMPLEADO + FAMILIA

IMS MEXICO NETWORK: VOLUNTARIO

Sí  NO

**NOMBRE DEL DISTRITO: Bullhead City S.D. #15**

**INFORMACIÓN DE LOS DEPENDIENTES (SE DEBE PROPORCIONAR TODA LA INFORMACIÓN, EN CASO CONTRARIO, SE RETRASARÁ LA INSCRIPCIÓN)**

**Inscripción especial debido a la cobertura según Medicaid o el Programa Estatal de Seguro de Salud para Niños (CHIP).** Si un empleado o un dependiente elegible no se inscribió en el plan inicialmente, podrá hacerlo luego en tanto se dé alguna de las siguientes circunstancias:

- El empleado o dependiente deja de ser elegible para la cobertura y ya no puede participar de Medicaid ni del CHIP.
- El empleado o dependiente elegible puede tener acceso a asistencia con el pago de primas según Medicaid o el CHIP en el estado en donde reside la persona. El empleado o dependiente elegible debe solicitar la inscripción en el plan dentro de los 60 días a partir de la finalización de la cobertura de Medicaid o del CHIP, o dentro de los 60 días luego de que le notifiquen que es elegible para recibir ayuda con el pago de primas en el estado en donde reside.

NOMBRE COMPLETO DEL DEPENDIENTE (OBLIGATORIO) (APELLIDO, NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE)	N.º DE SEGURO SOCIAL (OBLIGATORIO)	RELACIÓN (OBLIGATORIO)	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AA)	GÉNERO (M/F)	DEPENDIENTE CON DISCAPACIDAD*	ESTUDIANTE DE TIEMPO COMPLETO**	CASADO**
, ,			/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
, ,			/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
, ,			/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
, ,			/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
, ,			/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

\* Si su hijo tiene una discapacidad física o mental, brinde la documentación correspondiente.

\*\*Nota importante: Debe marcar "Sí" o "No" en las columnas "Casado" y "Estudiante de tiempo completo" más arriba si se inscribe en los beneficios dentales o de la visión de ASBAIT.

**COORDINACIÓN DE BENEFICIOS: INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE (SI CORRESPONDE). COMPLETE TODAS LAS PREGUNTAS.**

¿SU CÓNYUGE ESTÁ EMPLEADO?  SÍ  NO EN CASO **AFIRMATIVO**,  TIEMPO COMPLETO  MEDIO TIEMPO NOMBRE DEL EMPLEADOR DEL CÓNYUGE: \_\_\_\_\_  
 FECHA DE NACIMIENTO DEL CÓNYUGE: / /

INDIQUE LA COBERTURA, EL NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS Y LE FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE LA **COBERTURA** DE SU CÓNYUGE CON SU EMPLEADOR

TIPO DE LA OTRA COBERTURA	NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS	DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS	FECHA DE ENTRADA EN VIGOR (DD/MM/AA)	TIPO DE PÓLIZA (P. EJ. EMPLEADOR, JUBILADO, COBRA)	ENUMERE A CADA MIEMBROS DE LA FAMILIA QUE HAYA INSCRITO EN ESTE PLAN
<input type="checkbox"/> COBERTURA MÉDICA			/ /		
<input type="checkbox"/> COBERTURA DE MEDICAMENTOS CON RECETA			/ /		
<input type="checkbox"/> COBERTURA DENTAL			/ /		
<input type="checkbox"/> COBERTURA DE LA VISTA			/ /		

**COORDINACIÓN DE BENEFICIOS: INFORMACIÓN DE HIJOS DEPENDIENTES (SI CORRESPONDE). COMPLETE TODAS LAS PREGUNTAS.**

¿ALGUNO DE SUS HIJOS DEPENDIENTES RECIBE COBERTURA DE OTRO PADRE, TUTOR O PLAN NO MENCIONADO ANTERIORMENTE?  SÍ  NO  
 EMPLEADOR QUE BRINDA LA COBERTURA: \_\_\_\_\_ EN CASO **AFIRMATIVO**, RESPONDA LAS PREGUNTAS A CONTINUACIÓN

TIPO DE LA OTRA COBERTURA	NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS	DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS	FECHA DE ENTRADA EN VIGOR (DD/MM/AA)	TIPO DE PÓLIZA (P. EJ. EMPLEADOR, JUBILADO, COBRA)	ORDEN JUDICIAL MEDIANTE LA CUAL SE REQUIERE COBERTURA (P. EJ., SENTENCIA DE DIVORCIO, ORDEN MÉDICA AUTORIZADA DE MANUTENCIÓN DE HIJOS)*	ENUMERE A CADA MIEMBROS DE LA FAMILIA QUE HAYA INSCRITO EN ESTE PLAN
<input type="checkbox"/> COBERTURA MÉDICA			/ /			
<input type="checkbox"/> COBERTURA DE MEDICAMENTOS CON RECETA			/ /			
<input type="checkbox"/> COBERTURA DENTAL			/ /			
<input type="checkbox"/> COBERTURA DE LA VISTA			/ /			

\* SE DEBE PRESENTAR UNA COPIA DE LA ORDEN JUDICIAL. SI NO SE CUMPLE CON ESTE REQUISITO, SE RECHAZARÁN LOS RECLAMOS.

**COORDINACIÓN DE BENEFICIOS: SEGURO GUBERNAMENTAL (P. EJ. MEDICARE, MEDICAID, TRICARE, MICHILD, ETC.)**

¿SU CÓNYUGE O ALGÚN DEPENDIENTE ESTÁ INSCRITO EN ALGÚN SEGURO GUBERNAMENTAL?  SÍ  NO EN CASO **AFIRMATIVO**, COMPLETE A CONTINUACIÓN

ENUMERE A CADA MIEMBRO DE LA FAMILIA INSCRITO	TIPO DE COBERTURA	FECHA DE ENTRADA EN VIGOR, O, SI LA COBERTURA ES DE MEDICARE, FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE LA PARTE A	FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE LA PARTE B (SI CORRESPONDE)	N.º DE RECLAMO DEL SEGURO DE SALUD	COBERTURA DE MEDICARE POR LO SIGUIENTE:
		/ /	/ /		<input type="checkbox"/> EDAD <input type="checkbox"/> DISCAPACIDAD <input type="checkbox"/> ESRD
		/ /	/ /		<input type="checkbox"/> EDAD <input type="checkbox"/> DISCAPACIDAD <input type="checkbox"/> ESRD

**NOMBRE DEL DISTRITO: Bullhead City S.D. #15****DECLARACIÓN DEL PLAN**

Entiendo que las elecciones anteriores permanecerán en vigor hasta el último día del año del plan durante el cual tienen vigencia y continuarán de ese modo por tiempo indefinido más allá del año del plan, a menos que haga un cambio en mis elecciones si lo permite el plan. Entiendo que puedo modificar mis elecciones durante el año del plan solo si (i) tengo un "cambio de estado", según se define en el plan y si el cambio de las elecciones es coherente con ese cambio de estado; (ii) ejerzo mi derecho de inscripción especial (según se describe en la sección "Notificación de períodos de inscripción especial" que figura más abajo); o (iii) califico (según la ley pertinente, conforme lo determine el administrador del plan) para hacer cualquier otra elección debido a ciertos cambios en los costos o la cobertura de una opción de beneficios, o por algún otro motivo particular. Entiendo que el costo de una opción de beneficios que elegí según el plan puede cambiar de un año del plan a otro. Por lo tanto, mediante este documento, acepto que las deducciones de mi pago de nómina se modificarán de manera automática como corresponda, a menos que presente una nueva forma de elección durante el período de elección anual correspondiente a fin de modificar o dar por finalizada la cobertura. También entiendo que, durante el año del plan, si se produce un cambio en el costo de una opción de beneficios que haya seleccionado, el empleador puede aumentar de manera automática las deducciones del pago de nómina, si las hubiera, que debo hacer por período de pago para cubrir el costo de dicha opción de beneficios. Asimismo, comprendo que, a excepción del permiso que tengo para realizar un cambio según el plan, las elecciones con respecto a las deducciones del pago de nómina que he hecho más arriba continuarán en vigor a pesar de cualquier cambio en las características o la cobertura que se ofrecen conforme a las opciones de beneficios que seleccioné más arriba.

Entiendo que mi empleador puede modificar mis elecciones de beneficios si es necesario para asegurar que se cumplan los términos del plan y los requisitos (incluidos requisitos de cumplimiento impositivo) de la ley vigente y que, sujeto a los requisitos de la ley vigente o cualquier contrato de seguro pertinente, mi empleador conserva el derecho a enmendar o dar por finalizada la cobertura según una opción de beneficios. Además, entiendo que el empleador puede modificar mis elecciones en cuanto a las opciones de beneficios de salud si fuera necesario por una orden judicial autorizada de manutención médica de hijos mediante la cual se me exige cobertura médica para un dependiente.

**NOTIFICACIÓN DE PERÍODOS DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL**

Si no quiere inscribirse en las opciones de cobertura de salud del plan para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a que ya cuenta con cobertura de otro seguro de salud o plan de salud de grupo, puede inscribirse e inscribir a sus dependientes en la cobertura de salud del plan en caso de que usted o sus dependientes dejen de ser elegibles para obtener la otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir a su otra cobertura o a la de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores a la finalización de su otra cobertura o la de sus dependientes (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).

Además, si tiene un nuevo dependiente debido a un matrimonio, un nacimiento, una adopción o una colocación en adopción, es posible que pueda inscribirse e inscribir a sus dependientes. No obstante, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, al nacimiento, a la adopción o a la colocación en adopción.

Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, comuníquese con un representante de Recursos Humanos.

**FIRMA Y AUTORIZACIÓN**

FIRMA DEL EMPLEADO

NOMBRE DEL EMPLEADO EN LETRA DE IMPRENTA

FECHA

/ /