



# Inscripción del nuevo empleado

Solo para uso de la oficina

Aprobado por: \_\_\_\_\_

Fecha de aprobación: \_\_\_\_\_

Fecha de entrada en vigencia: \_\_\_\_\_

Utilice este formulario para inscribirse en los beneficios cuando sea elegible por primera vez. Preséntelo a su empleador.

## Información del empleado

Apellido Nombre Inicial del segundo nombre

Identificación de empleado, número E o número de Seguro Social Género Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)  
 M  F  Otro

Número de teléfono particular Número de teléfono laboral Número de teléfono celular

¿Puede la Junta de Beneficios para Educadores de Oregon (OEBB) enviar mensajes de texto a este número? Se aplican tarifas estándar por mensajes de texto y datos.  Sí  No

Dirección  Marque si es una nueva dirección Nro. de apartamento o espacio

Ciudad Estado Código postal Condado

Correo electrónico personal Correo electrónico laboral

¿Es elegible para Medicare?  Sí  No

¿Presta servicios actualmente o alguna vez sirvió en el ejército?  Sí  No

Si la respuesta es "Sí", ¿autoriza a la OEBB a enviar su nombre y dirección al Departamento de Asuntos de Veteranos de Oregon (ODVA) con el fin de recibir información sobre los beneficios?  Sí  No

Etnicidad  Hispano  No hispano  Se niega a responder  No sabe  
(Seleccione una opción):

Raza (Seleccione al menos una opción. Si selecciona más de una, marque con un círculo la principal):

Asiático  Negro/Afroamericano  Indio americano/Nativo de Alaska  Nativo de Hawái/Otro isleño del Pacífico  
 Blanco  Otro  Se niega a responder  No sabe

## Consumo de tabaco (Las respuestas en esta sección son obligatorias)

En esta sección, la OEBB recopila información sobre el consumo de tabaco para usted y su cónyuge/pareja de hecho (si corresponde). Esta información se utilizará para determinar el monto de su prima para los planes de vida opcionales para empleados y cónyuge/pareja de hecho a través de The Standard. **Debe completar esta sección incluso si no se inscribe en estos planes.**

**Empleado**

En los últimos 12 meses, (seleccione una opción):

- He usado productos de tabaco
- No** he usado productos de tabaco
- Nunca he usado productos de tabaco

**Cónyuge/Pareja de hecho**

En los últimos 12 meses, (seleccione una opción):

- Actualmente no tengo cónyuge/pareja de hecho
- Mi cónyuge/pareja de hecho ha usado productos de tabaco
- Mi cónyuge/pareja de hecho **no** ha usado productos de tabaco ~
- Mi cónyuge/pareja de hecho nunca ha usado productos de tabaco

**Información de dependientes**

Debe informar al administrador de beneficios de su empleador en un plazo de 31 días posteriores a que una persona inscrita, como su cónyuge/pareja de hecho o hijo dependiente, deje de ser elegible para los beneficios. Si no informa este cambio a tiempo, la OEGB puede considerar que se trata de una tergiversación intencional de un hecho material, por lo que la OEGB podría cancelar la cobertura de los miembros de la familia a partir del primer día del mes posterior a la pérdida de la elegibilidad.

**Si incluye a una pareja de hecho como dependiente, indique el tipo de unión de hecho\*:**

- Mediante declaración jurada de unión de hecho de la OEGB\*\*
- Mediante certificado registrado (no se requiere copia)

\*Las reglas de elegibilidad para parejas de hecho pueden variar según el empleador; verifique con su administrador de beneficios antes de inscribirse.

\*\*Información sobre la declaración jurada: Si agrega una pareja de hecho mediante una declaración jurada de la OEGB, debe enviar la declaración jurada a su empleador dentro de los cinco días hábiles posteriores a esta inscripción o la cobertura de la persona no entrará en vigencia. La declaración jurada de unión de hecho de la OEGB está disponible en línea en

<http://www.oregon.gov/oha/OEGB/pages/Forms.aspx>

**Dependiente A**

Inscribir:  Plan médico  Plan de la visión  Plan dental

Relación con el empleado  Cónyuge  Pareja de hecho  Hijo o hija

Género  M  F  Otro

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Número de Seguro Social, número de reclamación de seguro de salud (HICN) o identificación fiscal:

¿Es elegible para Medicare?  S  N

Apellido  Nombre  Segundo nombre

Dirección (si es diferente de la dirección del empleado)  Ciudad  Estado  Código postal

**Etnicidad**

(Seleccione una opción):

- Hispano  No hispano/No latino  Se niega a responder  No sabe

**Raza** (Seleccione al menos una opción. Si selecciona más de una, marque con un círculo la principal):

- Asiático  Negro/Afroamericano  Indio americano/Nativo de Alaska  Nativo de Hawái/Otro isleño del Pacífico
- Blanco  Otra  Se niega a responder  No sabe

**Dependiente B**

Inscribir:  Plan médico  Plan de la visión  Plan dental

Relación con el empleado  Cónyuge  Pareja de hecho  Hijo o hija

Género <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F <input type="radio"/> Otro	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Número de Seguro Social, número de reclamación de seguro de salud (HICN) o identificación fiscal:	¿Es elegible para Medicare? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
Apellido	Nombre	Segundo nombre	
Dirección (si es diferente de la dirección del empleado)		Ciudad	Estado Código postal
<b>Etnicidad</b> (Seleccione una opción):	<input type="radio"/> Hispano	<input type="radio"/> No hispano/No latino	<input type="radio"/> Se niega a responder <input type="radio"/> No sabe
<b>Raza</b> (Seleccione al menos una opción. Si selecciona más de una, marque con un círculo la principal):			
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano	<input type="checkbox"/> Indio americano/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Otro isleño del Pacífico
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Otra	<input checked="" type="checkbox"/> Se niega a responder	<input type="checkbox"/> No sabe

<b>Dependiente C</b>	Inscribir:	<input type="checkbox"/> Plan médico	<input type="checkbox"/> Plan de la visión dental	<input type="checkbox"/> Plan
Relación con el empleado	<input type="radio"/> Cónyuge	<input type="radio"/> Pareja de hecho	<input type="radio"/> Hijo o hija	
Género <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F <input type="radio"/> Otro	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Número de Seguro Social, número de reclamación de seguro de salud (HICN) o identificación fiscal:	¿Es elegible para Medicare? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	
Apellido	Nombre	Segundo nombre		
Dirección (si es diferente de la dirección del empleado)		Ciudad	Estado	Código postal
<b>Etnicidad</b> (Seleccione una opción):	<input type="radio"/> Hispano	<input type="radio"/> No hispano/No latino	<input type="radio"/> Se niega a responder	<input type="radio"/> No sabe
<b>Raza</b> (Seleccione al menos una opción. Si selecciona más de una, marque con un círculo la principal):				
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano	<input type="checkbox"/> Indio americano/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Otro isleño del Pacífico	
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Se niega a responder	<input type="checkbox"/> No sabe	

<b>Dependiente D</b>	Inscribir:	<input type="checkbox"/> Plan médico	<input type="checkbox"/> Plan de la visión dental	<input type="checkbox"/> Plan
Relación con el empleado	<input type="radio"/> Cónyuge	<input type="radio"/> Pareja de hecho	<input type="radio"/> Hijo o hija	
Género <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F <input type="radio"/> Otro	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Número de Seguro Social, número de reclamación de seguro de salud (HICN) o identificación fiscal:	¿Es elegible para Medicare? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	
Apellido	Nombre	Segundo nombre		
Dirección (si es diferente de la dirección del empleado)		Ciudad	Estado	Código postal
<b>Etnicidad</b> (Seleccione una opción):	<input type="radio"/> Hispano	<input type="radio"/> No hispano/No latino	<input type="radio"/> Se niega a responder	<input type="radio"/> No sabe
<b>Raza</b> (Seleccione al menos una opción. Si selecciona más de una, marque con un círculo la principal):				
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano	<input type="checkbox"/> Indio americano/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Otro isleño del Pacífico	

Blanco Otro Se niega a responder No sabe

## Información sobre el recargo por doble cobertura

¿A alguno de sus familiares cubiertos se le ofrece seguro médico como empleado a través de la OEBB o la Junta de Beneficios para Empleados Públicos (PEBB)?

Sí  No

¿Están inscritos en el seguro médico ofrecido por la OEBB o la PEBB? *(Si la respuesta a ambas respuestas es afirmativa, se aplicará un recargo de \$5/mes)*

Sí  No

## Selección de planes de atención médica

### Plan médico

#### Selección de planes médicos:

\_\_\_\_\_  
Escriba el plan de su elección.

Si está inscrito en un plan médico de Moda, cada persona cubierta debe elegir un PCP 360 con Moda para que esa persona reciba el beneficio “coordinado” mejorado si utiliza un proveedor de la red de Connexus. Si una persona no ha elegido un PCP 360 con Moda, recibirá el beneficio “no coordinado” si utiliza un proveedor de la red de Connexus. Cualquier servicio de un proveedor fuera de la red de Connexus se pagará como “fuera de la red”, independientemente de si la persona ha elegido o no un PCP 360 con Moda. Puede encontrar una lista de proveedores PCP 360 en

<https://www.modahealth.com/ProviderSearch/faces/webpages/home.xhtml>

#### Si elige no inscribirse en un plan médico de la OEGB, seleccione una de las siguientes opciones:

##### EXCLUSIÓN

Seleccione esta opción si usted y todos sus dependientes elegibles tienen otra cobertura grupal patrocinada por el empleador y recibirá un incentivo financiero de su empleador para no inscribirse en la cobertura médica de la OEGB.

**Al seleccionar esta opción, confirmo que todos los dependientes elegibles tienen otra cobertura grupal.**

Usted y sus dependientes elegibles DEBEN tener otra cobertura médica grupal patrocinada por el empleador para optar por la exclusión. La participación o inscripción en la Cobertura Individual del Mercado, el Plan de Salud de Oregon, Medicaid o el Seguro de Salud para Estudiantes NO califica para la exclusión de la OEGB. **Debe proporcionar una prueba de otra cobertura grupal a su empleador dentro de los cinco días hábiles o su opción de exclusión no se hará efectiva:**

Compañía de seguros

Número de póliza

Número de grupo

Titular principal de la póliza

Empleador

Fecha de entrada en vigencia (mm/dd/aaaa)

##### Exención

Seleccione esta opción si no recibirá un incentivo financiero de su empleador, independientemente de si tiene o no otra cobertura médica.

**Nota: Muchos empleadores no ofrecen un incentivo financiero, en esos casos debe seleccionar “Exención”.**

### Plan de la visión

#### Selección del plan de la visión:

\_\_\_\_\_  
Escriba el plan de su elección (Debe estar inscrito en Kaiser Medical para inscribirse en Kaiser Vision)

### Plan dental

#### Selección de planes dentales:

\_\_\_\_\_  
Escriba el plan de su elección.

# Planes opcionales (*Planes voluntarios con deducción de nómina que paga el empleado*)

Su empleador determinará la oferta y la disponibilidad de los planes. Comuníquese con su empleador para obtener información sobre la cobertura y averiguar qué planes opcionales están disponibles para usted.

## A. Seguro de vida opcional

Como empleado recientemente elegible para su inscripción por primera vez, el seguro de vida opcional para empleados tiene un monto de inscripción de emisión garantizada\* de hasta \$200,000 y el seguro de vida opcional para cónyuge/pareja de hecho tiene un monto de inscripción de emisión garantizada\* de hasta \$30,000, sin necesidad de presentar los antecedentes médicos\*\* ante The Standard Insurance Company para su aprobación.

Puede encontrar un enlace a la Declaración de antecedentes médicos en el sitio web de la OEGB en

<http://www.oregon.gov/oha/OEGB/Pages/Forms.aspx>

\* Emisión garantizada, no se requieren antecedentes médicos. Si la solicitud inicial se realiza con un cambio de estado calificado (QSC), se aplica el monto de la emisión garantizada.

\*\* Debe enviar una declaración de antecedentes médicos sobre cualquier monto de cobertura que no sea una emisión garantizada.

### Seguro de vida opcional para empleados

Rechazar cobertura

Inscripción de nuevo empleado/empleado \$ \_\_\_\_\_ (incrementos de \$10,000 hasta \$200,000)  
recientemente elegible\*

Monto adicional solicitado por encima de la \$ \_\_\_\_\_ (incrementos de \$10,000 hasta \$300,000)  
emisión garantizada\*\*

Monto total solicitado \$ \_\_\_\_\_ (\$500,000 como máximo)

### Seguro de vida opcional para cónyuge/pareja de hecho

Rechazar cobertura

Inscripción de nuevo empleado/empleado \$ \_\_\_\_\_ (incrementos de \$10,000 hasta \$30,000)  
recientemente elegible\*

Monto adicional solicitado por encima de la \$ \_\_\_\_\_ (incrementos de \$10,000 hasta \$470,000)  
emisión garantizada\*\*

Monto total solicitado \$ \_\_\_\_\_ (\$500,000 como máximo)

El monto total solicitado debe ser igual o menor que la cobertura del seguro de vida opcional del empleado.

### Seguro de vida opcional para hijo(s)

Rechazar cobertura

Monto total solicitado \$ \_\_\_\_\_ (incrementos de \$2,000 hasta \$10,000 como máximo)

## B. Seguro opcional por muerte accidental y desmembramiento (AD&D)

### AD&D opcional para el empleado

Rechazar cobertura

Monto total solicitado \$ \_\_\_\_\_ (incrementos de \$10,000 hasta \$500,000 como máximo)  
No se requieren antecedentes médicos.

### AD&D opcional para cónyuge/pareja de hecho

Rechazar cobertura

Monto total solicitado \$ \_\_\_\_\_ (incrementos de \$10,000 hasta \$500,000 como máximo)

No se requieren antecedentes médicos. El monto total solicitado debe ser igual o menor que la cobertura de AD&D opcional para el empleado.

**AD&D opcional para hijo(s)**

Rechazar cobertura

Monto total solicitado \$ \_\_\_\_\_ (incrementos de \$2,000 hasta \$10,000 como máximo)

No se requieren antecedentes médicos. Debe inscribirse en AD&D opcional para el empleado a fin de inscribir a sus hijos en esta cobertura.

**C. Seguro voluntario por discapacidad**

La prima mensual se calcula sobre un porcentaje de su salario básico mensual. Se aplicará una multa por inscripción tardía si elige inscribirse en la cobertura en una fecha posterior o si deja que la cobertura caduque.

**Seguro voluntario por discapacidad a corto plazo**

Inscribirse para la cobertura

Rechazar cobertura

Los planes por discapacidad a corto plazo pagan beneficios semanales con fechas de cobertura que finalizan después de 60 o 90 días, según la inscripción en el plan.

**Seguro voluntario por discapacidad a largo plazo**

Inscribirse para la cobertura

Rechazar cobertura

Los planes por discapacidad a largo plazo pagan beneficios mensuales que comienzan después de los períodos de espera de 60 o 90 días, según la inscripción en el plan.

**D. Seguro voluntario de atención a largo plazo**

La inscripción en el seguro de atención a largo plazo (LTC) del empleado como empleado recientemente elegible en un grupo de empleo establecido que ha ofrecido LTC desde 2014 tiene un monto de emisión garantizada\* de hasta \$6,000 en beneficio mensual, opción de atención profesional domiciliaria durante 3 o 6 años, sin necesidad de presentar antecedentes médicos para la aprobación de la inscripción. Las solicitudes de inscripción de duración ilimitada, los montos superiores a \$6,000, la atención domiciliaria integral y las opciones de inflación simple del 5 %, la inscripción posterior a la primera fecha de elegibilidad o en una fecha futura, y atención a largo plazo para cónyuge/pareja de hecho requerirán que se complete la declaración de antecedentes médicos de UNUM, y se presente ante esta.

Puede encontrar un enlace a los formularios de UNUM en el sitio web de la OEBC:

<http://www.oregon.gov/oha/OEBC/Pages/Forms.aspx>

\*Debe presentar una declaración de antecedentes médicos sobre cualquier monto de cobertura que no sea una emisión garantizada o si está solicitando un cambio en la cobertura de la inscripción. Algunos grupos de empleados pueden no ser elegibles.

**Seguro de atención a largo plazo para el empleado\***

Rechazar cobertura

Opción de planes		Monto de cobertura			Duración
<input type="radio"/> Atención domiciliaria profesional	<input type="radio"/> Atención domiciliaria profesional: inflación del 5 %	<input type="radio"/> \$2,000	<input type="radio"/> \$5,000	<input type="radio"/> \$8,000	<input type="radio"/> 3 años
<input type="radio"/> Atención domiciliaria integral	<input type="radio"/> Atención domiciliaria integral: inflación del 5 %	<input type="radio"/> \$3,000	<input type="radio"/> \$6,000	<input type="radio"/> \$9,000	<input type="radio"/> 6 años
		<input type="radio"/> \$4,000	<input type="radio"/> \$7,000		<input type="radio"/> Ilimitada

**Seguro de atención a largo plazo para cónyuge/pareja de hecho\***

Rechazar cobertura

Opción de planes		Monto de cobertura			Duración
<input type="radio"/> Atención domiciliaria profesional	<input type="radio"/> Atención domiciliaria profesional: inflación del 5 %	<input type="radio"/> \$2,000	<input type="radio"/> \$5,000	<input type="radio"/> \$8,000	<input type="radio"/> 3 años
<input type="radio"/> Atención domiciliaria integral	<input type="radio"/> Atención domiciliaria integral: inflación del 5 %	<input type="radio"/> \$3,000	<input type="radio"/> \$6,000	<input type="radio"/> \$9,000	<input type="radio"/> 6 años
		<input type="radio"/> \$4,000	<input type="radio"/> \$7,000		<input type="radio"/> Ilimitada

# Designación de beneficiarios

- Elijo:**  El orden estándar de supervivencia (si tiene una pareja de hecho, debe haber una declaración jurada\* en los registros para su distribución).  
 Designar como beneficiarios a los siguientes (adjunte hojas adicionales si es necesario).

**El total de los valores porcentuales de los beneficiarios principales debe ser igual al 100 %**

**El total de los valores porcentuales de los beneficiarios contingentes debe ser igual al 100 %**

Nombre			Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal	Relación	Principal o contingente	Valor porcentual entero
				<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
Nombre			Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal	Relación	Principal o contingente	Valor porcentual entero
				<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
Nombre			Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal	Relación	Principal o contingente	Valor porcentual entero
				<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
Nombre			Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal	Relación	Principal o contingente	Valor porcentual entero
				<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	

\*Información sobre la declaración jurada: La declaración jurada de unión de hecho de la OEGB está disponible en línea en <http://www.oregon.gov/oha/OEGB/pages/Forms.aspx>

# Firma y autorización del empleado

Declaro que los dependientes enumerados anteriormente y yo somos elegibles para las coberturas solicitadas por la Norma Administrativa (OAR)-División 10 de la OEGB. He leído y entiendo la OAR-División 10 en relación con las Definiciones y puedo encontrar esta OAR en

[División 10](#)

He leído y comprendo la OAR-División 80, Secciones 111-080-0040, 111-080-0045 y 111-080-0050 sobre la Elegibilidad y las Infracciones de los Términos de la Política y puedo encontrar esta OAR en

[División 80](#)

Entiendo que tengo 31 días para notificar a mi empleador sobre un cambio de estado calificado (QSC) que afecta la elegibilidad. He leído y entiendo la OAR-División 40 con respecto a la Inscripción y puedo encontrar esta OAR en

[División 40](#)

Entiendo que las elecciones de beneficios que haga estarán vigentes mientras siga cumpliendo con los requisitos de elegibilidad de la OEGB, o hasta que decida cambiarlos sujeto a las disposiciones del plan de la OEGB. Comprendo que no puedo modificar mis selecciones de planes durante el año o del plan, a menos que tenga un QSC; en ese caso, estaré sujeto a las restricciones de QSC de la OEGB. He revisado y entiendo la Matriz de cambios de estado calificados (QSC) y puedo encontrarla en

He leído los materiales de beneficios y comprendo las limitaciones y los requisitos del programa de beneficios de la OEBB. Si es necesario, autorizo que los pagos de primas se deduzcan de mi salario, a menos que yo mismo pague las primas. Si pago yo mismo las primas, acepto enviar los pagos mensuales antes de la fecha especificada, o mi cobertura finalizará. Entiendo que no podré restablecer la cobertura hasta el próximo período de Inscripción abierta o que podría perder la elegibilidad para la OEBB por completo.

Una persona que, a sabiendas, haga una declaración falsa en relación con una solicitud de cualquier beneficio puede estar sujeta a prisión y multas. Además, hacer una declaración falsa a sabiendas puede dar lugar a la cancelación de la inscripción de una persona, la denegación de futuras inscripciones o daños civiles.

Esta elección reemplaza todas las elecciones y presentaciones que hice anteriormente para la cobertura de la OEBB. Por el presente, confirmo que las declaraciones anteriores son verdaderas a mi leal saber y entender, y entiendo que están sujetas a pena de perjurio.

---

Firma del empleado

Fecha

**Envíe el formulario completado a su empleador.**

**No envíe este formulario a la OEBB.**