

Other Insurance Verification for Spouses

Section 1: Employee Information

Last Name	First	Middle	
Date of Birth (month-day-year)	SSN/MID #	Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	
Address	City	State	Zip
County	Cell Phone ()	Home Phone ()	
Email	Language Preference: <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Other:	Delivery Preference for Healthcare Communications: <input type="checkbox"/> Mail <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Text	

Section 2: Spouse Information

Last Name	First	Middle	
Date of Birth (month-day-year)	SSN/MID #	Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	

Is your spouse employed?

Yes: Employed — Complete the employer information below.

Employer Name	Employer Address	Employer Phone
---------------	------------------	----------------

Yes: Self-Employed — Present a copy of your most recent Tax Form 1040 or equivalent, including W2 and Schedule C.

No: Not Working — Provide a copy of the following: your most recent Tax Form 1040 or equivalent, including W2 (2 most current years); letter from previous employer stating that spouse/partner has been laid off or let go or a copy of unemployment stubs; Social Security Disability Letter or copy of disability payment detail; leave of absence papers; or proof of recent entry to the United States.

Does your spouse have other insurance coverage?

Yes — Complete the information below. Check all that apply.

Insurance Company	Insurance Company Address	Insurance Company Phone
Policy #	Effective Date	

Coverage:
 Single Family Medical Dental Prescription Vision

Type:
 HMO PPO POS Medicare Other:

No — Complete the information below and submit a signed Spousal Employer Verification Form. Check all that apply.

<input type="checkbox"/> Healthcare coverage not offered	<input type="checkbox"/> Employer health plan terminated and received additional payment or compensation	<input type="checkbox"/> Employer health plan terminated and DID NOT receive additional payment or compensation
<input type="checkbox"/> Part-time employee — not eligible for coverage	<input type="checkbox"/> Seasonal/temporary/on-call employee — not eligible for coverage	<input type="checkbox"/> Eligible, but not enrolled
<input type="checkbox"/> New employee in waiting period — will be eligible on:		<input type="checkbox"/> Other:

Section 3: Required Signature(s)

I hereby certify that the information I have provided on this spousal verification form is true and correct.

Print Participant Name	Participant Signature	Date
Print Spouse Name	Spouse Signature	Date

SECTION I: To be completed by UNITE HERE HEALTH Participant

Participant Name _____ Member ID # _____

Spouse/Domestic Partner (**Employee**) Name _____

SECTION II: To be completed by Employer

UNITE HERE HEALTH requires a spouse or same-sex domestic partner to enroll in the group health care coverage offered by their employer in order for them to be eligible under our Plan for secondary coverage. This verification form is to determine if your employee (*listed above*) is eligible for group health coverage offered by you, the employer.

Please complete and return this form to UNITE HERE HEALTH. Fax to: CAER Department at (630) 236-4392; or mail to: UNITE HERE HEALTH, 711 N. Commons Dr., Aurora, IL 60538, Attention CAER Department.

Please check all the boxes that apply to best describe this employee's coverage and eligibility.

This employee is:

- Full-time
- Part-time
- Eligible and enrolled for benefits

This employee is not covered:

- Eligible for, but not enrolled in, benefits offered (*that is, waived or otherwise not enrolled*)
- Employer health plan terminated and provided additional payment or compensation
- Employer health plan terminated and did not provide additional payment or compensation
- New employee in waiting period; will be eligible for coverage beginning _____
- Part-time employee who does not qualify for benefits
- Seasonal/temporary/on-call employee who does not qualify for benefits
- Out on leave of absence due to:
 - FMLA
 - Temporary Disability
 - Workman's Compensation (*estimated return to work date*)
- Other _____
- Health care benefits not offered to: Full-time Part-time

Requirements in order for employee to be covered:

- Full-time
- Part-time
- Pay co-premium
- Satisfy waiting period
- Must elect or waive coverage
- Other _____

I hereby certify the statements made herein are true and complete to the best of my knowledge, and I understand that their validity is one of the conditions of coverage. Date _____

Employer Name _____ Phone _____

Address _____

Employer Representative Print Name _____

Employer Representative Signature _____

Verificación de otros seguros para los cónyuges

Sección 1: Información sobre el empleado

Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	
Fecha de nacimiento (mes-día-año)	SSN/MID #	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Calle	Ciudad	Estado	Código postal
Condado	Celular ()	Teléfono ()	
Correo electrónico	Idioma de preferencia: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro:	Forma de entrega preferida para comunicaciones de salud: <input type="checkbox"/> Correo postal <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Texto	

Sección 2: Información sobre el cónyuge

Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	
Fecha de nacimiento (mes-día-año)	SSN/MID #	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	

¿Su cónyuge, está empleado/a?

Sí: En caso sea empleado — Complete la información del empleador a continuación.

Nombre del empleador	Dirección del empleador	Teléfono del empleador
----------------------	-------------------------	------------------------

Sí: trabaja por cuenta propia — Presentar una copia de su formulario de impuestos más reciente 1040 o su equivalente, incluyendo W2 y el Anexo C.

No: no esta trabajando — Proporcione una copia de lo siguiente: formulario de impuestos más reciente 1040 o su equivalente, incluyendo W2 (2 años recientes); carta del empleador anterior indicando que su cónyuge/pareja ha sido despedido o bien se prescindió de sus servicios o una copia de los talonarios de desempleo; carta de discapacidad emitida por el Seguro Social o copia de los detalles de pago de discapacidad; permiso para ausentarse; o prueba de reciente ingreso a los Estados Unidos.

¿Tiene su cónyuge otra cobertura de seguro?

Sí — Complete la siguiente información. Marque todo lo que corresponda.

Compañía de Seguro	Dirección de la Compañía de Seguros	Teléfono de la Compañía de Seguros
No. de póliza	Vigencia	

Cobertura:
 Individual Familiar Médico Dental Prescripción Visión

Type:
 HMO PPO POS Medicare Otro:

No — Complete la siguiente información y somete el Formulario de verificación del patrón de su cónyuge firmado. Marque todo lo que corresponda.

<input type="checkbox"/> No se ofrece cobertura de atención de salud	<input type="checkbox"/> Se discontinuó el plan de salud del empleador y obtuvo pago o compensación adicional	<input type="checkbox"/> Se discontinuó el plan de salud del empleador y NO RECIBIÓ pago o compensación
<input type="checkbox"/> Empleado de tiempo parcial — no elegible para cobertura	<input type="checkbox"/> Empleado estacional/temporario/de guardia — no elegible para cobertura	<input type="checkbox"/> Elegible, pero no inscripto
<input type="checkbox"/> Nuevo empleado en período de espera Será elegible:		<input type="checkbox"/> Otro:

Sección 3: Firma requerida

Certifico por medio que los datos que he proporcionado en este formulario de verificación del cónyuge son verdaderos y correctos.

Nombre del participante en letra de imprenta	Firma del participante	Fecha
Nombre del cónyuge en letra de imprenta	Firma del cónyuge	Fecha

SECCIÓN I: Para ser completado por el participante de UNITE HERE HEALTH

Nombre del participante _____ N° de identificación del miembro: _____
Nombre del cónyuge/pareja doméstica (**empleado**) _____

SECCIÓN II: Para ser completado por el patrón

UNITE HERE HEALTH solicita que su cónyuge o pareja doméstica del mismo sexo se inscriba en la cobertura de salud grupal que ofrece su propio patrón para ser elegible para cobertura secundaria bajo nuestro Plan. Este formulario de verificación sirve para determinar si el empleado es elegible para la cobertura de salud grupal que ofrece usted como patrón.

Por favor, complete y envíe este formulario a UNITE HERE HEALTH por fax a: Atención Departamento de CAER al (630) 236-4392 o por correo a: UNITE HERE HEALTH, 711 N. Commons Dr., Aurora, IL 60538, Atención Departamento de CAER.

Por favor, marque todos los casilleros que correspondan para describir la cobertura y elegibilidad de este empleado.

El empleado:

- Trabaja a tiempo completo
- Trabaja a tiempo parcial
- Es elegible y está inscripto para recibir beneficios

Este empleado no está cubierto:

- Es elegible pero no está inscripto para recibir los beneficios ofrecidos (*renunció a los beneficios o no está inscripto por otra razón*)
- Se discontinuó el plan de salud del empleador y brindó pago o compensación adicional
- Se discontinuó el plan de salud del empleador y no brindó pago o compensación adicional
- Es un empleado nuevo en período de espera; será elegible para recibir cobertura a partir del _____
- Es empleado de tiempo parcial que no califica para recibir beneficios
- Es un empleado estacional/temporal/eventual que no califica para beneficios
- De licencia basada en:
 - Ley de Licencias Médicas y Familiares (FMLA) _____
 - Incapacidad temporal
 - Indemnización laboral (*fecha estimada de regreso al trabajo*) _____
- Otro _____
- No se ofrecen beneficios de cuidados de salud a: Empleados de tiempo completo Empleados de tiempo parcial

Requisitos para que el empleado esté cubierto:

- Ser empleado de tiempo completo
- Ser empleado de tiempo parcia
- Pagar coprima
- Cumplir el período de espera
- Elegir o renunciar a la cobertura
- Otro _____

Por la presente certifico que las declaraciones que figuran en el presente son verdaderas y completas a mi mejor saber y entender, y comprendo que su veracidad es una de las condiciones de cobertura. Fecha _____

Nombre del patrón _____ Teléfono _____

Domicilio _____

Nombre del representante del patrón en letra de imprenta _____

Firma del representante del patrón _____