

# Other Insurance Verification for Spouses



Atlantic City Casinos Plan 102

**To Member:** please complete and **sign this form** to confirm your spouse's eligibility for coverage through UNITE HERE HEALTH (UHH). If your spouse is entitled to group health plan coverage through their own employer (that has 50 or more employees and does not contribute to UHH), they must enroll for coverage through their employer's plan first. UHH will provide secondary coverage and benefits would be coordinated.

Return the signed form(s) to SISCO with the required proof documents (birth/marriage certificates, tax form, etc.) at <https://siscoeligibility.com>

## 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—Please fill all sections below

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

### 2A: Is your spouse employed?—Choose one

**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.

**No: Not Employed** — Provide a copy of the following: your most recent Tax Form 1040; 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.

### 2B: Does your spouse have other insurance coverage?—Choose one

**Yes: Spouse has other insurance**—Complete the information below. Check all that apply.

Insurance Company	Insurance Company Address	Insurance Company Phone
Member ID #	Effective Date	

Coverage:  
 Single                       Family                       Medical                       Dental                       Prescription                       Vision

Type:  
 HMO                       PPO                       POS                       Medicare                       Medicaid                       Other:

**No: Spouse has no other insurance**—Check all that apply below. If spouse is employed, submit a **signed Spousal Employer Verification Form**.

<input type="checkbox"/> Self-employed or independent contractor	<input type="checkbox"/> Part-time employee; not eligible for coverage	<input type="checkbox"/> Employer health plan terminated and <b>DID NOT</b> receive additional payment or compensation
<input type="checkbox"/> Eligible for company medical plan, but not enrolled	<input type="checkbox"/> Seasonal/temporary/on-call employee; not eligible	<input type="checkbox"/> Employer health plan terminated and received additional payment or compensation
<input type="checkbox"/> Covered under company plan; effective:	<input type="checkbox"/> New employee in waiting period; eligible on:	
<input type="checkbox"/> No medical coverage is offered by the employer	<input type="checkbox"/> Other:	

## Section 3: Required Signatures—Employee & Spouse

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

Print Employee Name	Employee Signature	Date
Print Spouse Name	Spouse Signature	Date

# Verificación de otros seguros para los cónyuges

**Para el miembro:** por favor complete y **firmé este formulario** para confirmar la elegibilidad de su cónyuge para cobertura a través de UNITE HERE HEALTH (UHH). Si su cónyuge tiene derecho a la cobertura del plan de salud grupal a través de su propio empleador (que tiene 50 o más empleados y no contribuye a UHH), primero debe inscribirse para obtener cobertura a través del plan de su empleador. UHH brindará cobertura secundaria y se coordinarán los beneficios.

Devuelva los formularios firmados a SISCO con los documentos de prueba requeridos (certificados de nacimiento/matrimonio, formulario de impuestos, etc.) en <https://siscoeligibility.com>

## 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—Por favor complete todas las secciones a continuación

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

### 2A: ¿Su cónyuge, está empleado/a?—Elige uno

**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.

**No: No empleado** — Proporcione una copia de lo siguiente: formulario de impuestos más reciente 1040; 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.

### 2B: ¿Tiene su cónyuge otra cobertura de seguro?—Elige uno

**Sí, el cónyuge tiene otro seguro**— 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 identificación del miembro		Vigencia

Cobertura:  
 Individual  Familiar  Médico  Dental  Prescripción  Visión

Type:  
 HMO  PPO  POS  Medicare  Medicaid  Otro:

**No el cónyuge no tiene otro seguro**— Marque todo lo que corresponda. Si el cónyuge está empleado, **presente un Formulario de verificación de empleador conyugal firmado.**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Trabajador independiente o contratista independiente               | <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo parcial; no está elegible para cobertura  | <input type="checkbox"/> El plan de salud del empleador terminó y <b>NO</b> recibió pago adicional o compensación |
| <input type="checkbox"/> Elegible para el plan médico de la compañía, pero no está inscrito | <input type="checkbox"/> Empleado de temporada/temporal/de guardia; no está elegible | <input type="checkbox"/> El plan de salud del empleador terminó y recibió un pago o compensación adicional        |
| <input type="checkbox"/> Cubierto por el plan de la empresa; efectivo:                      | <input type="checkbox"/> Nuevo empleado en período de espera; elegible el:           |   |
| <input type="checkbox"/> El empleador no ofrece cobertura médica                            | <input type="checkbox"/> Otro:   |   |

## Sección 3: Firmas requeridas—Empleado y cónyuge

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