



Número del Grupo 085000

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

ELEGIBILIDAD

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

SECCIÓN 1 — EVENTOS RELACIONADOS A LA INSCRIPCIÓN Marque todos los cuadros que se apliquen

Nombre del Distrito/Empleador		Si es empleado nuevo, ¿cuándo desea que su cobertura empiece?		Cancelar Participante <input type="checkbox"/> Cancelar Dependiente <input type="checkbox"/>		Cambio	
<input type="checkbox"/> Participante Nuevo <input type="checkbox"/> Añadir Dependiente ¿Es su solicitud debido a: ¿Una Inscripción Anual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Eventos de Inscripción Especial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es sí, fecha del evento: Mes Día Año Evento: <input type="checkbox"/> Matrimonio <input type="checkbox"/> Nacimiento/Adopción <input type="checkbox"/> Orden Judicial <input type="checkbox"/> Pérdida de Otra Cobertura <input type="checkbox"/> Otro, Explique:		<input type="checkbox"/> Fecha de empleo activo <input type="checkbox"/> Primer día del mes después de la fecha de empleo activo		Indique las personas canceladas en la Sección 5 Evento: <input type="checkbox"/> Divorcio* <input type="checkbox"/> Muerte* <input type="checkbox"/> Pérdida de Elegibilidad <input type="checkbox"/> Terminación del Empleo o Jubilación <input type="checkbox"/> No se Han Pagado la Primas <input type="checkbox"/> Vencimiento del Permiso de Ausencia de Trabajo <input type="checkbox"/> Cobertura Cancelada (por el Empleado) <input type="checkbox"/> Otra, Explique: Indique la fecha: Mes Día Año		<input type="checkbox"/> Plan/Cobertura <input type="checkbox"/> Dirección <input type="checkbox"/> Nombre <input type="checkbox"/> Rechazar la Cobertura (Llene las Secciones 2 y 9)	

For Employer Use Only

TRS Reporting Number

Employee's Actively-at-Work Date

Effective Date of Coverage

Employer Verification Signature

SECCIÓN 2 — SU INFORMACIÓN PERSONAL Lénela aun si está rechazando la cobertura

<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Casado(a)	Apellido	Nombre	Segundo Nombre
<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Soltero(a)			
Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social	Número de Tel. del Trabajo	Número de Tel. Particular
Mes Día Año	- -	()	()
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Dirección de Correo Electrónico			

Llénela solamente si usted está solicitando cobertura de HMO

Idioma Principal:	¿Tiene usted alguna incapacidad que le impida su habilidad para comunicarse o leer?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Describa materiales especiales que necesite para comunicación:	No. del Médico Primario de HMO:
Miembros FEMENINOS: Usted tiene derecho a escoger un Gineco/Obstetra sin ser referida por su Médico General Primario (PCP). No necesita designar a un Gineco/Obstetra. Puede elegir recibir los servicios Gineco/Obstetras de su PCP. Si desea designar un Gineco/Obstetra, indique el número de tal proveedor.			No. del Gineco/Obstetra de HMO:

SECCIÓN 3 — INFORMACIÓN DE MEDICARE Lénela si usted o algún dependiente está cubierto por Medicare (Adjunte otra solicitud si necesita más espacio)

Nombre de la Persona Cubierta:		No. HIC (en la tarjeta):			
<input type="checkbox"/> Medicare Parte A (hospital)		<input type="checkbox"/> Medicare Parte B (el médico)			
F. Inicial: Mes Día Año	F. Final: Mes Día Año	F. Inicial: Mes Día Año	F. Final: Mes Día Año		
<input type="checkbox"/> Medicare Parte C <input type="checkbox"/> con medicinas O <input type="checkbox"/> sin medicinas		<input type="checkbox"/> Medicare Parte D (medicinas recetadas)			
F. Inicial: Mes Día Año	F. Final: Mes Día Año	F. Inicial: Mes Día Año	F. Final: Mes Día Año		

Marque la razón de elegibilidad para Medicare: Edad Incapacitación Enfermedad renal en su etapa final Incapacitación y enfermedad renal actual

SECCIÓN 4 — ELIJA SU PLAN Y CATEGORÍA DE COBERTURA

Plan de Beneficios Médicos (Marque uno sólo)				Categoría de Cobertura (Marque una)	
PPO: <input type="checkbox"/> ActiveCare 1-HD	<input type="checkbox"/> ActiveCare 1	<input type="checkbox"/> ActiveCare 2	<input type="checkbox"/> ActiveCare 3	<input type="checkbox"/> Empleado Sólo	
HMO: <input type="checkbox"/> FirstCare	<input type="checkbox"/> Scott & White Health Plan	<input type="checkbox"/> Valley Baptist Health Plans		<input type="checkbox"/> Empleado y Cónyuge	
				<input type="checkbox"/> Empleado e Hijos	
				<input type="checkbox"/> Empleado y Familia	

SECCIÓN 5 — COBERTURA DE DEPENDIENTES Lénela para solicitar cobertura o hacerle cambios a la cobertura de los dependientes

Cónyuge	<input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Excluir <input type="checkbox"/> Femenino	Apellido	Nombre	Inicial Segundo Nombre	No. del Médico Primario de HMO:
Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Dirección Postal, si es diferente	Ciudad	Estado	Código Postal
	Mes Día Año				
Hijo	<input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Excluir <input type="checkbox"/> Femenino	Apellido	Nombre	Inicial Segundo Nombre	No. del 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 con el 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"/> Masculino <input type="checkbox"/> Excluir <input type="checkbox"/> Femenino	Apellido	Nombre	Inicial Segundo Nombre	No. del 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 con el 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**					

* Los inscritos en HMO pueden ser elegibles para continuación de cobertura por medio del estado. Vea su Certificado de Cobertura para más información. Si se necesita espacio adicional para más dependientes, por favor vea al dorso.
** Debe cumplir con los requisitos de elegibilidad especificados en el primer punto bajo Condiciones de Cobertura en la Sección 10.

SECCIÓN 5 — COBERTURA DE DEPENDIENTES (continuación) Llénela para solicitar cobertura o hacerle cambios a la cobertura de los dependientes

Hijo	<input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Excluir	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Apellido	Nombre	Inicial Segundo Nombre	No. del Médico Primario de HMO:
Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Dirección Postal, si es diferente	Ciudad	Estado	Código Postal	
Indique la relación del hijo con el 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	No. del Médico Primario de HMO:
Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Dirección Postal, si es diferente	Ciudad	Estado	Código Postal	
Indique la relación del hijo con el 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	No. del Médico Primario de HMO:
Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Dirección Postal, si es diferente	Ciudad	Estado	Código Postal	
Indique la relación del hijo con el 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 cumplir con los requisitos de elegibilidad especificados en el primer punto bajo Condiciones de Cobertura en la Sección 10. Si se necesita espacio para más dependientes, adjunte otra solicitud.

SECCIÓN 6 — INFORMACIÓN SOBRE COBERTURA PREVIA Esto no se aplica a quienes se inscriban al ser elegibles por primera vez, nuevos empleados o inscritos en HMO.

Para poder recibir crédito por períodos de espera de condición preexistente, usted debe proporcionar 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.) De ser Medicare, por favor llene la Información de Medicare en la Sección 3 en la página del frente de esta solicitud.

SECCIÓN 7 — INFORMACIÓN SOBRE OTRA COBERTURA MÉDICA

¿Está usted, o cualquiera de sus dependientes que estén inscribiéndose en alguno de los planes de TRS-ActiveCare, cubierto por otra cobertura médica? Sí No
Si responde que sí, por favor indique el nombre de cada persona cubierta por otro plan médico.

SECCIÓN 8 — HIJO DEPENDIENTE INCAPACITADO Llénela para hijos incapacitados, mayores de 25 años, y envíe la Declaración de Incapacidad de Hijo Dependiente

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?	¿No puede 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 a su Administrador de Beneficios.	

SECCIÓN 9 — RECHAZO DE LA COBERTURA MÉDICA Para rechazar la cobertura médica, deberá llenar también la Sección 2

Esta sección es para certificar que la cobertura disponible me ha sido explicada. Se me ha dado la oportunidad de solicitar la cobertura ofrecida tanto a mí como a mis dependientes elegibles y he tomado la opción de voluntariamente rechazar la cobertura según lo indicado a continuación. 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 por condición preexistente (no corresponde a cobertura de HMO).

Nombre <input type="checkbox"/> Empleado	Razón para rechazar: <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 rechazar: <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 rechazar: <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 rechazar: <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 rechazar: <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 COBERTURA

- Soy empleado del Empleador que se indica en esta Solicitud de Inscripción y Formulario de Cambio. Soy elegible para participar en la(s) cobertura(s) ofrecidas por el programa TRS-ActiveCare, el cual es administrado por Blue Cross and Blue Shield of Texas, una División de Health Care Service Corporation, con beneficios HMO provistos por SHA, L.L.C. o FirstCare, Scott and White Health Plan, así como Valley Baptist Insurance Company o Valley Baptist Health Plans. A nombre mío y de cualquier dependiente indicado en esta Solicitud de Inscripción y Formulario de Cambio, solicito las coberturas para las cuales sea elegible.
 - Si estoy inscribiendo a un nieto en la Sección 5, yo certifico que mi casa es su residencia principal y que él es mi dependiente en relación a los impuestos sobre la renta federales.
 - Si estoy inscribiendo a un niño como "otro menor" en la Sección 5, yo certifico que mi casa es la residencia principal del menor, que proveo por lo menos el 50% de la manutención de dicho menor, que ninguno de los padres naturales del menor reside en mi casa y que tengo el derecho legal de tomar decisiones sobre el cuidado médico del menor.
- Me estarán disponibles sólo la(s) cobertura(s) y cantidades para las cuales soy elegible. Entiendo que si esta Solicitud de Inscripción y Formulario de Cambio es aceptada, la(s) cobertura(s) entrará(n) en efecto de acuerdo a las disposiciones 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 de HMO).
- Entiendo que al inscribirme para cobertura con el empleador indicado en esta Solicitud de Inscripción y Formulario de Cambio, se dará por 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, de haber alguna, para cubrir el costo de mi(s) cobertura(s). Estoy de acuerdo en que mi Empleador actúe como mi agente. Todos los avisos y notificaciones que mi Empleador reciba constituyen obligaciones de mi parte. También estoy de acuerdo en que mi participación en la(s) cobertura(s) está sujeta a cualquier enmienda futura.
- Entiendo que si termino la cobertura de TRS-ActiveCare durante el año del plan, no seré elegible para inscripción en TRS-ActiveCare hasta el próximo año del plan, aun si tengo un evento de inscripción especial.
- Declaro que la información dada en esta Solicitud de Inscripción y Formulario de Cambio es verdadera y correcta. Entiendo y estoy de acuerdo en que se invalide o cancele mi cobertura por cualquier declaración incorrecta y relevante en cuanto al riesgo, hecha por mi a sabiendas.

Firma del Solicitante _____ Fecha _____