

Puede elegir sus beneficios:

- usando su cuenta en línea en www.ers.texas.gov;
- enviando este formulario completado a su coordinador de beneficios o al Centro de Servicios para Empleados de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services, HHS) de las agencias del Sistema de HHS (HHS Enterprise).

La información que se da al Sistema de Jubilación de Empleados (Employees Retirement System, ERS) se conserva para administrar sus beneficios.

Si tiene preguntas sobre su información o cree que la información que se dio al ERS puede ser incorrecta, notifique a su coordinador de beneficios o al Centro de Servicios para Empleados de HHS.

SECCIÓN A: DATOS DEL EMPLEADO (debe completarla el empleado).

| | | | |
|---|---|---|----------------------------------|
| Documento nacional de identidad/ Número de Seguro Social (SSN) | Id. del empleado | Primer día de servicio activo | |
| | | | |
| Nombre del empleado: Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido | Condado de elegibilidad | Dirección postal | Marque esta casilla si es nueva. |
| | | | |
| Ciudad | Estado | Código postal | Número de teléfono |
| | | | Casa Celular |
| Dirección de correo electrónico | | Sexo | Fecha de nacimiento |
| | | M F | |
| Nombre de la agencia | Id. del departamento/ Número de agencia | Clase de empleado | Tasa de pago del seguro |
| | | | |
| Corrección del documento nacional de identidad/SSN del empleado | Cambio o corrección del nombre del empleado | Corrección de la fecha de nacimiento | |
| | | | |

Debe dar esta información, ya que podría afectar el periodo de espera para su seguro médico.

- ¿Tenía usted cobertura como dependiente según el Programa de Beneficios Grupales (Group Benefits Program, GBP) para empleados de Texas en el momento de su contratación? Sí No
Si la respuesta es "Sí", indique el número de Seguro Social de la persona que le daba cobertura: _____
- ¿Es usted empleado de University of Texas (UT) o de Texas A&M University (TAMU), o un dependiente que se transfiere a esta agencia o institución que participa en esta GBP sin una interrupción en la cobertura médica? Sí No
Fecha de finalización de la cobertura _____
Si la respuesta es "Sí", dele a su coordinador de beneficios un comprobante de que no hubo una interrupción en la cobertura. Si es empleado del Sistema de Salud y Servicios Humanos, presente el comprobante en el Centro de Servicios para Empleados de HHS.
- ¿Lo reconstrató recientemente la misma agencia estatal en un plazo de 90 días desde la fecha en que terminó el servicio militar activo? Sí No
Si la respuesta es "Sí", indique la fecha en que fue dado de baja en el servicio militar: _____.

SECCIÓN B: ACCIÓN (marque la opción que corresponda).

| | | |
|---|-----------------------|--|
| DTA FTE (Empleado a tiempo completo) a PTE (Empleado a tiempo parcial)/PTE a FTE | <input type="radio"/> | FSC Cambio de situación familiar |
| Jubilado RTW (que regresa al trabajo)/Jubilado LTW (que regresó al trabajo y lo deja) | <input type="radio"/> | |
| HIR Nueva contratación | <input type="radio"/> | PHC Cambio después de la contratación |
| LOA Licencia | <input type="radio"/> | RFL Regreso de la licencia |
| RED Reducción durante LOA | <input type="radio"/> | REH Reconstratación |

SECCIÓN C: CÓDIGO DE MOTIVO (consulte la tabla de referencia de cambio de situación familiar en la página 4 antes de completar estos datos).

Complete con los cambios durante el año del plan. Código de motivo: _____ Fecha del cambio: _____ (mm-dd-aaaa)

SECCIÓN D: OPCIONES DE BENEFICIOS (marque las opciones que correspondan).

| | | | | | | |
|---|---|---|--|---|---|--|
| Cobertura médica | | Beneficios opcionales (los empleados recién contratados pueden elegir los beneficios en el primer día de servicio activo o en un plazo de 31 días desde la contratación/recontratación sin inscribirse en la cobertura médica). Fecha de entrada en vigor, si es distinta de la fecha de contratación/recontratación _____ (mm-dd-aaaa) | | | | |
| Médico | Dental* | De visión | Seguro opcional de vida a término** | Seguro voluntario por muerte accidental y desmembramiento (AD&D)* | Seguro de vida a término para dependientes** | Seguro por discapacidad a corto plazo** |
| Renunciar HealthSelect of Texas® Consumer Directed HealthSelect SM Nombre de la organización para el mantenimiento de la salud (HMO) _____ Inscribir, agregar o quitar dependiente (Consulte la Sección E) Renuncia + Crédito por exclusión* (Marcando "Renuncia + Crédito por exclusión", también certifica que tiene una cobertura similar. Consulte la página 3 para obtener información importante). | Renunciar State of Texas Dental Choice Plan SM Organización para el mantenimiento de la salud dental (DHMO) DeltaCare USA Inscribir, agregar o quitar dependiente (Consulte la Sección E) | Renunciar State of Texas Vision Inscribir, agregar o quitar dependiente (Consulte la Sección E) | Renunciar Inscribirse Elegir nivel de cobertura OL1, elección 1 OL2, elección 2 OL3, elección 3 OL4, elección 4 Bajar de nivel a OL1, elección 1 OL2, elección 2 OL3, elección 3 | Renunciar Solo usted Usted y su familia \$ _____ Cantidad hasta \$200,000 en incrementos de \$5,000 | Renunciar Inscribir, agregar o quitar dependiente (Consulte la Sección E) | Renunciar Inscribirse Seguro por discapacidad a largo plazo** Renunciar Inscribirse |
| Si quiere elegir una cuenta TexFlex limitada, de atención médica o de atención para dependientes como nuevo inscrito o por un cambio en la vida que califique, debe completar el Formulario de cambio en la inscripción de TexFlex. | | | | | | |

Se puede aplicar un crédito mensual de hasta \$60 (o de \$30 para los participantes a tiempo parcial) a la cobertura opcional (dental, de visión y por AD&D).

**Para agregar esta cobertura, se necesitará una prueba de asegurabilidad (Evidence of Insurability, EOI). Para comenzar el proceso de EOI, inicie sesión en su cuenta en línea en www.ers.texas.gov o comuníquese con su coordinador de beneficios/Centro de Servicios para Empleados de HHS.

Certificación de consumo de tabaco del empleado: Si se va a inscribir en el plan médico del GBP, ¿ha consumido algún tipo de producto de tabaco cinco o más veces en los últimos tres meses? Esto incluye, entre otros, cigarrillos, pipas, puros, cigarros, rapé o productos de tabaco para mascar. Sí No

SSN _____ **Nombre del empleado: Nombre, inicial del segundo nombre, apellido** _____

SECCIÓN E: DATOS PERSONALES DE LOS DEPENDIENTES (y elecciones de cobertura)

Certificación de consumo de tabaco de dependientes: Si sus dependientes están inscritos en un plan médico del GBP, usted debe certificar abajo si su dependiente consumió algún tipo de producto de tabaco cinco o más veces en los últimos tres meses. Esto incluye, entre otros, cigarrillos, pipas, puros, cigarros, rapé o productos de tabaco para mascar.

| Relación con el dependiente* | Nombre del dependiente (nombre, inicial del segundo nombre, apellido) | Sexo | Fecha de nacimiento (mm-dd-aaaa) | SSN del dependiente (Es obligatorio si tiene más de 12 meses) | Médico | Dental | De visión | De vida para dep. | Consumidor de tabaco |
|------------------------------|--|--------|-------------------------------------|--|----------|----------|-----------|-------------------|----------------------|
| Sp D S O | | M F | | | Sí No | Sí No | Sí No | Sí No | Sí No |
| Sp D S O | | M F | | | Sí No | Sí No | Sí No | Sí No | Sí No |
| Sp D S O | | M F | | | Sí No | Sí No | Sí No | Sí No | Sí No |
| Sp D S O | | M F | | | Sí No | Sí No | Sí No | Sí No | Sí No |
| Sp D S O | | M F | | | Sí No | Sí No | Sí No | Sí No | Sí No |

*Código de relación: Sp: cónyuge D o S: hija o hijo natural o adoptado O: hijo que no es natural ni adoptado. Incluye hijastro, hijo de crianza temporal o niño bajo tutela.

Si agrega a un hijo, debe completar un formulario de Certificación de hijos dependientes (ERS GI 1.081), disponible en www.ers.texas.gov, o llamar al ERS. Para dependientes recién inscritos en la cobertura médica, deberá presentar documentación que confirme la elegibilidad de sus dependientes.

¿Tuvo su dependiente cobertura del GBP con el ERS por medio de otro miembro en los últimos 31 días? Sí No

Si la respuesta es "Sí", indique el número de Seguro Social con el que estaba cubierto su dependiente: _____

¿Este dependiente se agregó recientemente a su grupo familiar debido a uno de los siguientes acontecimientos? Marque una sola opción:

- Adopción Adquisición de un hijo que no es natural Nacimiento No adquirido recientemente Matrimonio

SECCIÓN F: AUTORIZACIÓN (lea detenidamente las afirmaciones de abajo antes de firmar y escribir la fecha).

Autorizo las deducciones de nómina por las elecciones indicadas en este Formulario de elección de beneficios. Entiendo que la cobertura de mi seguro se puede cancelar si no pago las cantidades requeridas que adeudo, ya sea por deducción de nómina o pago personal. Entiendo que todas las primas del seguro se deducen antes de impuestos, a excepción de las primas del seguro de vida para dependientes y por discapacidad. Autorizo a todos los proveedores a revelar cualquier tipo de información sobre las personas cubiertas, cuando sea necesario, para verificar la elegibilidad o para procesar un reclamo o una queja relacionada con el seguro. Entiendo que puedo obtener de mi coordinador de beneficios, del Centro de Servicios para Empleados de HHS o del ERS las normas de participación en el seguro y la información sobre la inscripción y los beneficios. **Entiendo que no está permitida la cobertura doble para dependientes para las coberturas médica, dental y de visión en el Programa de Beneficios Grupales (GBP) para empleados de Texas. Entiendo que las leyes estatales no me permiten recibir más de una contribución del seguro estatal, ya sea como empleado, jubilado o dependiente.** Certifico que estoy familiarizado con los requisitos para inscribirme o para inscribir a mis dependientes en el GBP sobre la base de un cambio que se produzca por una nueva contratación, después de la contratación o un cambio en la vida que califique (Qualifying Life Event, QLE). También certifico que mi QLE es válido, correcto y admisible según el GBP. Entiendo que pueden pedirme que presente documentación para respaldar mi QLE y que deberé presentar la documentación de los dependientes recién inscritos para demostrar su elegibilidad. También entiendo que si, a sabiendas, presento información sustancialmente incorrecta, incompleta o falsa, es posible que me expulsen de manera permanente del GBP o que se inicie un proceso penal en mi contra.

Notificación sobre el seguro: El financiamiento de los beneficios de salud y otros beneficios del seguro para participantes del GBP está sujeto a cambios según los fondos estatales disponibles. La Asamblea Legislativa de Texas determina el nivel de financiamiento para esos beneficios sin obligación permanente de destinar fondos para ellos una vez transcurrido el año fiscal.

Certificación de consumo de tabaco: Certifico que entiendo y acepto lo siguiente: Los “productos de tabaco” son cigarrillos, cigarros, tabaco para pipa, tabaco de mascar/chupar, rapé, o cualquier otro producto que contenga tabaco; y un “consumidor de tabaco” es una persona que ha consumido algún producto de tabaco cinco o más veces en los últimos tres meses consecutivos. Si yo (o cualquiera de mis dependientes cubiertos): 1) he consumido productos de tabaco como consumidor de tabaco o 2) comencé a consumir productos de tabaco sin informar al ERS, se me aplicarán penalizaciones monetarias, y es posible que se cancele mi participación en el GBP. Además, no notificar al ERS constituirá fraude. Bajo penalización por falso testimonio, declaro que la información indicada arriba es verdadera y correcta. Dar o escribir información falsa puede descalificarme para recibir cobertura continua en el GBP. Si, de manera intencional, declaro hechos materiales falsos o cometo fraude, es posible que mi cobertura se rescinda de manera retroactiva hasta la fecha de la declaración falsa o del acto fraudulento. En ese caso, recibiré una notificación treinta días antes de que se rescinda mi cobertura. Además, si yo o cualquiera de mis dependientes cubiertos comenzamos a consumir productos de tabaco sin informar al ERS, se me aplicarán penalizaciones monetarias y la falta de notificación al ERS constituirá fraude.

Si certificó que usted o cualquiera de sus dependientes son consumidores de tabaco, es posible que puedan participar en el programa “Choose to Quit”, una alternativa a la prima para consumidores de tabaco, si es adecuado para su estado de salud y se ajusta a las recomendaciones de su médico. Para obtener más información sobre este programa, vaya a <https://ers.texas.gov/Tobacco-Policy-and-Certification>.

Si certificó anteriormente que usted o cualquiera de sus dependientes son consumidores de tabaco, y usted o ellos han dejado de consumir tabaco durante tres meses consecutivos, debe completar el formulario de Certificación de consumo de tabaco (ERS 2.933), disponible en https://ers.texas.gov/PDFs/Forms/Tobacco_User_Certification_ERS2933.pdf, o cambiar la certificación en su cuenta en línea en www.ers.texas.gov.

Si seleccionó “Renuncia + Crédito por exclusión”: Certifico que no quiero la cobertura médica que se me ofreció como participante elegible. Renuncio a la cobertura del plan médico que me corresponde y certifico que tengo otro plan médico que ofrece una cobertura sustancialmente equivalente a la del plan médico básico. Entiendo que, renunciando a mi seguro médico estatal, se cancelarán mi cobertura de medicamentos con receta y la póliza de \$5,000 del seguro básico de vida a término. Recibiré un crédito de hasta \$60 (o de \$30 para los participantes a tiempo parcial) que se aplicará solamente al costo de la cobertura opcional elegible en que estoy inscrito (dental, de visión o voluntaria por muerte accidental y desmembramiento [AD&D]). El crédito se provee en lugar de la contribución estatal para la cobertura médica básica. Por legislación federal, los miembros de Medicare no pueden recibir el crédito por exclusión. Para ver el crédito por exclusión del seguro médico aplicado en la prima de mi cobertura opcional elegible, debo iniciar sesión en mi cuenta en línea en www.ers.texas.gov.

Entiendo que, si en este momento estoy en un estado de exención, debo tener un QLE o esperar hasta la inscripción de verano para inscribirme en la cobertura médica u opcional que se ofrece a los participantes elegibles.

Firma del empleado _____ **Fecha de la firma (mm-dd-aaaa)** _____

Guarde una copia de este formulario para sus archivos y devuélvale el original a su coordinador de beneficios.

Si usted es empleado del Sistema de Salud y Servicios Humanos (HHS), devuelva este formulario al Centro de Servicios para Empleados de HHS.

Empleado nuevo:

- Puede elegir la cobertura médica en el momento de la contratación. Sin embargo, esta cobertura entrará en vigor cuando haya cumplido el periodo de espera.

Empleado que hace cambios en sus opciones de beneficios durante el año del plan:

- Use este formulario solo para indicar los cambios que quiere hacer.
- Complete este formulario en un plazo de 31 días después del cambio en la vida que califique, o QLE (nacimiento, matrimonio, etc.).
- Usando el cuadro de abajo, identifique un código de motivo (requerido en la Sección C) cuando cambie la cobertura del seguro.

Abajo se presentan ejemplos de cambios en la vida que califican. Hay otras circunstancias similares que también pueden constituir un cambio en la vida que califique. Recuerde que las normas determinarán si se puede inscribir o si se pueden hacer los cambios que quiere en el seguro. Puede hacer sus cambios usando su cuenta en línea en www.ers.texas.gov o enviando este formulario a su coordinador de beneficios.

Si usted es empleado del Sistema de Salud y Servicios Humanos, puede enviar este formulario al Centro de Servicios para Empleados de HHS. Si usted no hace ningún cambio en un plazo de 31 días, es posible que no sea elegible para hacer los cambios que quiere.

Tabla de referencia de cambio de situación familiar

| | | |
|---|--|--------------|
| Cambio de estado civil del empleado | El participante se casa. | MAR |
| | El participante obtiene el divorcio o una anulación. | DIV |
| | El cónyuge fallece. | DOD |
| Cambio de la condición de dependiente | Nace un hijo. | BIR |
| | El participante adopta, recibe en crianza temporal, obtiene la tutela otorgada por un juez o se convierte en el custodio principal de un niño. | ADP |
| | El participante adquiere dependientes o los pierde por fallecimiento. | DOD |
| | El dependiente se vuelve elegible o deja de ser elegible para recibir la cobertura del seguro. (Ejemplo: el cónyuge del participante le da cobertura al hijo del matrimonio. El hijo dejó de ser elegible para recibir el seguro del cónyuge porque el niño no asiste a la escuela). | DEP |
| | El dependiente está relacionado por consanguinidad o matrimonio y se lo había incluido previamente en la declaración de impuestos del participante, pero ya no es elegible para que se lo incluya en dicha declaración. | XMO |
| | El hijo se casa. | DGM |
| Cambio de la situación laboral | Cambia la situación laboral del participante/dependiente. | ESC |
| | El dependiente se vuelve elegible para recibir cobertura después de un periodo de espera. | DWP |
| Cambio de domicilio que cambia la elegibilidad del dependiente | El dependiente se muda fuera del área de servicio del plan médico o dental. | DMV |
| Cambio de elegibilidad para Medicare/Medicaid/CHIP | El participante/dependiente obtiene elegibilidad para Medicare/Medicaid/CHIP. | MDG* |
| | El participante/dependiente pierde la elegibilidad para Medicare/Medicaid/CHIP. | MDL* |
| Cambio importante en el costo/la cobertura impuesto por un tercero | El proveedor de servicios de guardería hace un cambio importante en el costo. | SCC |
| | Hay un cambio importante en el costo/la cobertura del plan médico, dental o de visión del dependiente (sin incluir el programa de beneficios grupales [GBP]). | SCC |
| | Se aprueba el Programa de Pago de las Primas del Seguro Médico (Health Insurance Premium Payment Program, HIPP) o se pierde la elegibilidad. | SCC |
| Cambio de cobertura pedido por la Oficina del Procurador General (Office of the Attorney General, OAG) (Las normas de elegibilidad se aplican a estos dependientes). | El participante asume la obligación de darle cobertura a su hijo mediante una Notificación Nacional de Manutención Médica (National Medical Support Notice, NMSN) emitida por la OAG. (Ejemplo: el empleado recibe una NMSN para darle cobertura médica a su hijo). | MSO |
| | Vence la NMSN emitida por la Oficina del Procurador General (OAG) que requiere que el participante le dé cobertura al niño. (Ejemplo: la NMSN del empleado para darle cobertura médica a su hijo vence, y el empleado ya no tiene la obligación de continuar dándole cobertura). | MSD** |

***INFORMACIÓN SOBRE LA INSCRIPCIÓN DE DEPENDIENTES:**

La Ley de Reautorización del Programa de Seguro Médico para Niños (Children's Health Insurance Program Reauthorization Act, CHIPRA) establece un periodo de 60 días para notificar el QLE al ERS si:

1. El dependiente no está en el GBP y pierde su elegibilidad para Medicaid o CHIP.
2. El dependiente no está en el GBP y se vuelve elegible para recibir ayuda para pagar las primas mediante Medicaid o el HIPP, y tiene 60 días para inscribirse en el GBP.

INFORMACIÓN SOBRE QUITAR DEPENDIENTES DE LA COBERTURA:

En otros casos de QLE relacionados con Medicaid o CHIP, se aplicará el periodo habitual de 30 días para quitar dependientes del GBP.

**Los empleados se deben comunicar con su coordinador de beneficios (los empleados del Sistema de HHS se deben comunicar con el Centro de Servicios para Empleados de HHS) para quitar los dependientes agregados mediante una Notificación Nacional de Manutención Médica (NMSN).

Es posible que se le pida que presente un comprobante del QLE, y deberá presentar la documentación de los dependientes recién inscritos para demostrar su elegibilidad.

Employees Retirement System of Texas PO Box 13207 Austin, Texas 78711-3207 (877) 275-4377 (TTY: 711)