

GEISINGER HEALTH PLAN
 100 North Academy Avenue
 Danville, PA 17822

Solicitud de grupo del empleador ACA

GEISINGER QUALITY OPTIONS, INC.
 100 North Academy Avenue
 Danville, PA 17822

Información general del grupo

Nombre del grupo de empleados:			Que opera como:		
Descripción de la empresa:			EIN (ID fiscal):		Código SIC:
Dirección física:			Dirección financiera: (deje en blanco si es igual a la física)		
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Condado de la dirección física:			Compañía de seguro médico actual:		

Información de contacto principal

Nombre:	Inicial 2.º nombre:	Apellido:	Título:		
Dirección de correo electrónico:			Teléfono:		Fax:
<small>(La dirección de correo electrónico que proporcione en esta solicitud permite que Geisinger Health Plan o Geisinger Quality Options, Inc. (el "Plan médico") haga sus actividades comerciales y dé un buen servicio. Se usa para facilitar actividades, como las encuestas de satisfacción de los miembros. Tenga en cuenta que si proporciona su dirección de correo electrónico, esta se almacenará en una base de datos segura y no se venderá a ninguna entidad fuera del Plan médico. Podrá optar por no recibir las comunicaciones por correo electrónico).</small>					

Elegibilidad e inscripción

Fecha de entrada en vigor:	Fecha de inicio/término de la inscripción abierta:	COBRA (según el tamaño del grupo) COBRA <input type="checkbox"/> MINI COBRA <input type="checkbox"/>
Período de espera de nueva contratación (no pueden ser más de 90 días desde la fecha de contratación):	Horas de tiempo parcial que califican para beneficios si son menos de 30: (opcional)	
Número total de empleados de la empresa que trabajan más de 30 horas:	Número de empleados que renuncian a la cobertura:	
Número total de empleados de la empresa que trabajan menos de 30 horas:	Número de empleados en COBRA:	

Aporte mensual

El grupo acuerda, como mínimo, aportar el 50 % del costo de la tarifa solo para empleados para el plan de beneficios más bajo disponible.

- Marcando esta casilla, confirmo que entiendo y cumpliré el requisito anterior como parte de los términos y condiciones para comprar la cobertura grupal patrocinada por el empleador a través de Geisinger Health Plan/Geisinger Quality Options, Inc.

Creador del registro

Nombre de la agencia general:	Número de la agencia general:	Teléfono de la agencia general:
Nombre de la agencia:	Número de la agencia:	Teléfono de la agencia:
Nombre del creador:	Número del creador:	Teléfono del creador:

Lista de empleados y dependientes

Instrucciones:

1. Use el siguiente formulario para enviar su lista completa de empleados y dependientes. También aceptamos esta información en formato electrónico.
2. Use los siguientes códigos para "TIPO":
[Empleado = E, Cónyuge = S, Hijo del empleado = C, Dependiente discapacitado de más de 26 años = DD, Otros dependientes = OD]
3. El uso de tabaco significa usar tabaco en promedio cuatro o más veces por semana en los últimos 6 meses como máximo (excluye el uso ceremonial o religioso del tabaco). Solo se aplica a personas de 21 años o más.
4. Copie esta página si necesita espacio adicional.

Nombre del grupo de empleados:									
Nombre	Inicial 2.º nombre	Apellido	Género (M/F)	Fecha de nacimiento	Fecha de contratación	Uso de tabaco S/N	Código postal	Tipo	Condado

Resumen de cobertura de beneficios

Según las reglamentaciones de la Ley del cuidado de la salud a bajo precio (Affordable Care Act, ACA), el Plan médico preparará el Resumen de beneficios y cobertura (SBC) y el Glosario de términos frecuentes, y proporcionará estos documentos en cada cotización final que entregue a un grupo. Comprendo que puedo solicitar un SBC en cualquier momento para cualquier cotización preliminar que haya recibido.

Declaración sobre fraude

Toda persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud del seguro o declaración de un reclamo con información sustancialmente falsa o que, con el propósito de engañar, oculte información sobre cualquier hecho material relacionado, estará cometiendo un acto fraudulento contra el seguro, lo cual es un delito y esa persona será susceptible a sanciones penales y civiles.

Pago de primas

Si en cualquier momento durante el año de beneficios se rescindiera la suscripción del Grupo y quedaran primas pendientes de pago (“primas vencidas”) de Geisinger Health Plan o Geisinger Quality Options, Inc., es posible que el Grupo tenga que pagar toda las primas vencidas que se adeuden en un período no superior a los 12 meses anteriores a la fecha de vigencia de la nueva cobertura, para poder activar la nueva cobertura. Es posible que se exija el pago de las primas vencidas si el Grupo está solicitando la misma cobertura de Geisinger Health Plan o una distinta, y se adeudan primas a Geisinger Quality Options, Inc., o si el Grupo está solicitando la misma cobertura o una distinta de Geisinger Quality Options, Inc. y se adeudan primas a Geisinger Health Plan.

Tenga en cuenta: No se restablecerá la cobertura anterior. Se suscribirá una nueva póliza.

Firmas necesarias

Entiendo que el Plan médico tiene derecho a hacer revisiones para la renovación anual de verificadores del formulario tributario correspondiente o registros de la nómina para confirmar el empleo de las personas inscritas. También entiendo que si el Plan médico tiene pendiente la revisión de solicitudes, las tasas grupales individuales variarán según los factores de edad y consumo de tabaco.

El Plan médico investigará la información proporcionada y tomará medidas contra los que estén involucrados en fraude de seguros. Las sanciones incluyen, entre otras, rescisión inmediata o retroactiva de la cobertura grupal, además de acciones penales o civiles.

Mi firma abajo verifica que la información contenida en esta solicitud de cobertura grupal es precisa y verdadera a mi leal saber y entender. Doy fe de que las personas mencionadas arriba son empleados activos de la organización y dependientes de ellos.

Autorizo al Plan médico a transmitir electrónicamente la información contenida en el presente. Si la solicitud se tomó por teléfono o computadora, reconozco que yo no he firmado realmente esta solicitud, pero, en su lugar, por el presente autorizo al Plan médico a estampar una confirmación electrónica en la línea de firma de la solicitud y acepto que la misma se trate como una firma válida para todos los fines de este formulario. Reconozco que el Plan médico verificó mi identidad para este fin, de acuerdo con todas las leyes y reglamentaciones aplicables.

Firma del corredor, si corresponde

Firma del representante del empleador

Nombre del representante del empleador (letra de molde)

Cargo del representante del empleador

Fecha

La discriminación es ilegal

Geisinger Health Plan y Geisinger Quality Options, Inc. (en conjunto, denominados el "Plan médico") cumplen todas las leyes de derecho civil federales aplicables y no discriminan por raza, color, país de origen, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual. El Plan médico no excluye a las personas ni las trata distinto debido a su raza, color, país de origen, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual.

El Plan médico:

- Presta servicios y ayuda gratis a las personas con discapacidades para que puedan comunicarse en forma eficaz con nosotros, como:
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Presta servicios de idiomas gratis a personas que no hablan inglés como su primer idioma, como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame al Plan médico al 800-447-4000 o TTY: 711.

Si cree que el Plan médico no ha prestado estos servicios o lo ha discriminado de otro modo por su raza, color, país de origen, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja formal con:

Civil Rights Grievance Coordinator
Geisinger Health Plan Appeal Department
100 North Academy Avenue, Danville, PA 17822-3220
Teléfono: 866-577-7733, TTY: 711
Fax: 570-271-7225
GHPCivilRights@thehealthplan.com

Puede presentar una queja formal en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el coordinador de Quejas Formales de Derechos Civiles está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles con la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services) de manera electrónica en el Portal de quejas de derechos civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW., Room 509F
HHH Building, Washington, DC 20201
Teléfono: 800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 800-447-4000 or TTY: 711.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 800-447-4000 (TTY: 711).

注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 800-447-4000 (TTY: 711)。

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 800-447-4000 (TTY: 711).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 800-447-4000 (телетайп: 711).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 800-447-4000 (TTY: 711).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 800-447-4000 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 800-447-4000 (TTY: 711).

ملحوظة: إذا كنت تتحدث أذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوفر لك بالمجان. اتصل برقم 800-447-4000 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 800-447-4000 (ATS: 711).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 800-447-4000 (TTY: 711).

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 800-447-4000 (TTY: 711).

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 800-447-4000 (TTY: 711).

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 800-447-4000 (TTY: 711).

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតថ្លៃ ក៏អាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 800-447-4000 (TTY: 711)។

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 800-447-4000 (TTY: 711).

HPM 50 alb: Nondiscrimination dev. 9.12.16
Y0032_16242_2 File and Use 9/2/16