



Formulario de verificación del Programa de cobertura para cónyuges

Mid-America Carpenters Regional Council Health Fund - Southern STLKC Region (Plan Carpenters)

1419 Hampton Avenue, St. Louis, MO 63139 | Teléfono: (314) 644-4802 | Fax: (314) 678-1110

Correo electrónico: benefits@laborfunds.org

Nombre del participante (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Identificación del participante	Nombre del cónyuge
--	---------------------------------	--------------------

Complete este formulario relacionado con el **cónyuge** mencionado anteriormente.

A. Declaración de otra cobertura médica y situación laboral: *marque UNA casilla y siga las instrucciones en negrita*

- ☐ No tengo otra cobertura médica y no tengo empleo. **Vaya a la Sección D, firme y devuelva este formulario.**
- ☐ No tengo otra cobertura médica y tengo empleo. **Vaya a la Sección C.**
- ☐ Tengo otra cobertura médica y: ☐ tengo empleo, ☐ no tengo empleo (marque una opción). **Vaya a la Sección B.**

Si tuvo otra cobertura que finalizó en el último año, debe adjuntar un *Certificado de cobertura acreditable* de ese plan de salud.

B. Proporcione información sobre su otra cobertura médica: *debe ser completada por el cónyuge*

Mi otra fecha de entrada en vigencia de la cobertura médica: ____/____/____

Marque todas las opciones que correspondan a su otra cobertura médica a continuación:

<input type="checkbox"/> Cobertura médica y de medicamentos recetados	<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Familiar	Familiares cubiertos:
<input type="checkbox"/> Cobertura dental	<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Familiar	Familiares cubiertos:

Mi otra cobertura médica es a través de lo siguiente: (Marque todas las opciones que correspondan).

- ☐ Mi empleador actual ☐ Un plan para jubilados a través de un empleador anterior ☐ El Mercado de la ACA: www.HealthCare.gov
- ☐ Medicare ☐ Medicare - Enfermedad renal en etapa terminal ☐ Mi padre/madre o tutor

Mi deducible individual es de \$0 a \$1699 ☐ Sí, **vaya a la Sección D** ☐ No, **complete la siguiente pregunta**

Mi deducible individual es de \$1700 o más ☐ Sí, **vaya a la Sección C**

**Si está inscrito en una Cuenta de ahorros para la salud (Health Saving Account, HSA) y en un Plan Carpenters, corre el riesgo de perder las ventajas impositivas de sus contribuciones a la HSA.*

C. Proporcione información sobre su empleo: *marque UNA casilla y siga las instrucciones en negrita*

- ☐ Soy trabajador autónomo. **Vaya a la Sección D, firme y devuelva este formulario. Adjunte una copia de su Anexo C más reciente (Formulario 1040).**
- ☐ Tengo empleo. El **empleador** del cónyuge ***debe*** completar la sección **Verificación del empleador** a continuación. **Luego, complete la Sección D y envíe este formulario.**

Verificación del empleador: DEBE ser completada por el empleador del cónyuge

Si el empleado ***no tiene cobertura***, marque la casilla correspondiente que mejor describa la situación del empleado:

- ☐ El empleado trabaja "medio tiempo" (*promedio de menos de 30 horas por semana*)
- ☐ No ofrecemos cobertura para empleados
- ☐ No ofrecemos un "Plan calificado" (*consulte las Pautas*)
- ☐ No contribuimos al costo de la cobertura médica del empleado
- ☐ El empleado está en un período de espera o esperando la inscripción abierta. La cobertura entrará en vigencia el ____/____/____

El Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) define un plan de salud con deducible alto (high deductible health plan, HDHP) como cualquier plan con un deducible de al menos \$1600 para una persona. **Si el empleado *tiene cobertura* y la cobertura es un HDHP, ¿el empleado tiene un plan sin deducible alto disponible?** ☐ No ☐ Sí

Nombre del empleador	Firma del representante del empleador	Fecha
Nombre del representante del empleador (en letra de imprenta)	Cargo del representante del empleador	Teléfono

D. Firmas: Por el presente declaramos bajo pena de perjurio que estamos legalmente casados de acuerdo con las leyes del estado en el que residimos y que la información en este formulario es correcta y está completa a nuestro leal saber y entender. Autorizamos al Plan a verificar la situación laboral del cónyuge según sea necesario. Si es necesario, aceptamos proporcionar una copia de cualquier certificado de matrimonio, sentencia de divorcio u otros documentos relevantes relacionados con el matrimonio en virtud del derecho consuetudinario en el estado de Kansas. Si cualquier información incorrecta o engañosa resulta en una pérdida para el Plan, el Plan tiene derecho a recuperar el monto de la pérdida de nuestra parte o retener de nuestros beneficios futuros. Cónyuge empleado: Por el presente autorizo a mi empleador u otras entidades a divulgar información sobre mi cobertura médica y mi elegibilidad para la cobertura en virtud de ese plan al Plan Carpenters.

Firma del participante	Fecha	Número de teléfono más conveniente durante el día
Firma del cónyuge	Fecha	Número de teléfono más conveniente durante el día

☐ **EXCLUIRSE.** Al seleccionar esta casilla, rechazo cualquier cobertura del cónyuge en el Plan Carpenters.

Pautas para el Programa de cobertura para cónyuges
Mid-America Carpenters Regional Council Health Fund - Southern STLC Region (Plan Carpenters)

Definiciones:	
Trabajador autónomo:	Persona que hace negocios como propietario o socio único, que no tiene empleados ni ofrece cobertura médica a los empleados.
Empleado de medio tiempo:	El Plan Carpenters define medio tiempo, a los fines del Programa de cobertura para cónyuges, como trabajar un promedio de menos de 30 horas por semana.
Plan calificado:	A los fines del Programa de cobertura para cónyuges, un "Plan calificado" se refiere a un plan de salud patrocinado por el empleador que (i) ofrece, como mínimo, cobertura para hospitalización, cirugía médicamente necesaria, servicios médicos y ambulatorios; y (ii) está sujeto a las reglamentaciones estatales o federales de la aseguradora de un plan asegurado o del empleador de un plan autoasegurado.
Plan de salud con deducible alto:	El IRS establece anualmente el estándar para lo que se considera un plan de salud con deducible alto, o "HDHP". En 2025, el deducible mínimo que se considerará un HDHP es de \$1700. Un HDHP tiene significado en virtud de la Sección 223 del Código de Impuestos Internos de 1986, según lo enmendado por la Ley de Medicamentos Recetados, Mejora y Modernización de Medicare de 2003. A los fines del Programa de cobertura para cónyuges, solo se puede seleccionar un HDHP si no hay opciones de planes con deducibles no altos disponibles.
Inscripción abierta:	El o los períodos del año en que un empleado normalmente puede inscribirse para recibir cobertura en un plan de salud patrocinado por el empleador.
Período de espera:	El período posterior al empleo inicial que debe transcurrir antes de que un empleado pueda comenzar la cobertura en un plan de salud patrocinado por el empleador.
Excluirse:	Decidir voluntariamente rechazar (o finalizar) cualquier cobertura para dependientes conyugales en el Plan Carpenters.
Incumplimiento:	(1) el cónyuge de un participante que es elegible para la cobertura del plan de salud a través de su propio empleador y elige no inscribirse en el plan de su propio empleador; (2) el cónyuge de un participante que elige un plan de atención médica con deducible alto cuando hay un plan con deducible bajo disponible; o (3) el cónyuge de un participante que no completa adecuadamente el Formulario de verificación del Programa de cobertura para cónyuges.

Requisitos del programa:

El programa requiere que un cónyuge que trabaja se inscriba en el plan de cobertura médica de su empleador. El cónyuge que trabaja únicamente debe inscribirse en la cobertura solo para empleados. Se requiere cobertura médica básica y de medicamentos recetados. No se requiere cobertura dental y de la vista. El cónyuge que trabaja debe elegir un plan de salud que no sea de deducible alto en lugar de un plan de salud con deducible alto (HDHP). Si el único plan disponible es un HDHP, el cónyuge que trabaja debe inscribirse en el HDHP. Si el cónyuge que trabaja está inscrito tanto en un HDHP con una cuenta de ahorros para la salud (HSA) *como en* el Plan Carpenters, el cónyuge corre el riesgo de perder las ventajas impositivas de la HSA. Según las circunstancias, es posible que el cónyuge desee excluirse de la HSA o del Plan Carpenters.

Excepciones: El cónyuge que trabaja no está obligado a inscribirse en la cobertura médica del empleador si ocurre lo siguiente (consulte las definiciones anteriores):

- El cónyuge es trabajador autónomo.
- El cónyuge es un empleado de medio tiempo.
- El empleador no ofrece cobertura para empleados.
- El empleador no ofrece un plan calificado.
- El empleador no contribuye al costo de la cobertura médica del empleado.
- El cónyuge está en un período de espera.

Otro seguro:

El plan de salud del empleador del cónyuge que trabaja pagará las reclamaciones como principal, y el Plan Carpenters pagará como secundario. Si un cónyuge que trabaja tiene una cuenta de reembolso de gastos médicos (Health Reimbursement Account, HRA), todas las reclamaciones presentadas a la HRA deben procesarse antes de presentar los cargos al Plan Carpenters. El Plan Carpenters pagará como principal solo si el cónyuge que trabaja ha cumplido con una excepción de los Requisitos del programa anteriores.

Incumplimiento:

El Plan Carpenters finalizará la cobertura a los cónyuges que no cumplan con los requisitos. Después de la finalización de la relación laboral, puede ocurrir una de las siguientes situaciones:

- Dentro de los 30 días posteriores a la finalización de la relación laboral, el cónyuge califica para un período de inscripción abierta especial con el plan de salud del empleador del cónyuge. Si lo solicita, el Plan Carpenters puede proporcionar una carta de finalización de la cobertura. Una vez que el cónyuge tenga cobertura del plan de salud del empleador, el Plan Carpenters pagará como secundario.
- Cuando un formulario de verificación se envía tarde, la cobertura entrará en vigencia el primer día del mes en el que se recibe el formulario. No se otorgará cobertura retroactiva adicional.

Cómo excluirse:

Los cónyuges que opten por excluirse de la cobertura en el Plan Carpenters deben comunicarse con la Oficina de Beneficios para solicitar un Formulario de solicitud de finalización de dependientes. El cónyuge que elige excluirse de la cobertura finalizará su cobertura en el Plan Carpenters.