



Acuerdo de eleccion anual y reducci3n de sueldo.

Elecci3n del Empleado para el A3o del Plan Comenzando: 2020-21

Informaci3n del Empleado

Nombre	No. Tel3fono del trabajo
Ocupaci3n / Profesi3n	Localidad
Direcci3n del domicilio:	No. tel3fono hogar/celular
Ciudad, Estado, y C3digo Postal	No. Social
E-mail:	Fecha de Nacimiento

<input type="checkbox"/> Sin cambios para el 2019	<input type="checkbox"/> Este es un cambio para el 2019
---	---

Planes de seguro para grupos

Elecci3n #1 Seguro M3dico de grupos

Tilde el Plan	Descripci3n del Plan de Seguro para grupos	Mensual Costo	Edad del participante	Numero de Deducciones	Costo por pdo de pago
	Anthem Healthkeepers				
	Opci3n #1 Bronze				
	Cobertura para el empleado			52	
	Cobertura para el c3nyuge			52	
	Cobertura para los hijos/hijas			52	
	Opci3n #2 Silver				
	Cobertura para el empleado			52	
	Cobertura para el c3nyuge			52	
	Cobertura para los hijos/hijas			52	
	Opci3n #3 Gold				
	Cobertura para el empleado			52	
	Cobertura para el c3nyuge			52	
	Cobertura para los hijos/hijas			52	

ELECCI3N DE PARTICIPACI3N

Quiero participar en este Plan. A continuaci3n hago la siguiente elecci3n en relaci3n con los beneficios que est3n disponibles para m3 en el marco del Plan de Cafeter3a. Hago esta elecci3n reconociendo que mi remuneraci3n imponible reducir3 por un monto igual al valor de los beneficios que se especifican a continuaci3n, la cantidad sera deducida en sumas iguales de mi cheque de pago durante el a3o del plan actual.

Yo consto que no puedo cambiar esta elecci3n durante el a3o del plan al menos que haya un significate cambio de estatus en mi vida, tal como un matrimonio, divorcio, nacimiento de un hijo/hija o la terminaci3n de mi empleo.

*** **Firma:**

Fecha:



Sin cambios para el 2019



Este es un cambio para el 2019

Elección #2 Seguro Dental de grupos

Tilde el Plan	Descripción del Plan de Seguro para grupos	Mensual Costo	Numero de Deducciones	Costo por pdo de pago
Dominion Dental Services				
	HMO Plan #1			
	único Empleado	\$23.58	52	\$5.44
	Empleado + un niño	\$42.76	52	\$9.87
	Empleado + hijos	\$63.30	52	\$14.61
	Empleado + cónyuge	\$42.76	52	\$9.87
	Familia empleado	\$63.30	52	\$14.61
	PPO Plan #2			
	único Empleado	\$31.24	52	\$7.21
	Empleado + un niño	\$57.54	52	\$13.28
	Empleado + hijos	\$89.28	52	\$20.60
	Empleado + cónyuge	\$57.54	52	\$13.28
	Familia empleado	\$89.28	52	\$20.60

Elección #3 Seguro Suplementario

Tilde el Plan	Descripción del Plan de Seguro para grupos	Mensual Costo	Numero de Deducciones	Costo por pdo de pago
Allstate				
	Seguro contra Accidentes			
	único Empleado	\$18.40	52	\$4.25
	Familia empleado	\$30.80	52	\$7.11
	Discapacidad Seguro			
	único Empleado	\$34.84	52	\$8.04
	Familia empleado	\$47.24	52	\$10.90
	Seguro de Vida			
	único Empleado		52	
	Cónyuge		52	
	Empleado + hijos		52	

información de los dependientes

First Name	último nombre	SSN#	fecha de nacimiento	relación

ELECCIÓN DE PARTICIPACIÓN

--	--