

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 respecto al a3o pasado	<input type="checkbox"/> Este es un cambio con respecto al a3o pasado
---	---

Planes de seguro para grupos

Elecci3n #1 Seguro M3dico de grupos

Tilde el Plan	Descripci3n del Plan de Seguro para grupos	Edad del participante	Numero de Deducciones	Costo por pdo de pago
Anthem Healthkeepers				
	Opci3n #1 Healthkeepers 30/5000/30 Value Advantage			
	3nico Empleado	\$432.09	52	\$53.56
	Empleado + un ni3o	\$590.23	52	\$90.05
	Empleado + hijos	\$878.43	52	\$156.56
	Empleado + c3nyuge	\$967.87	52	\$177.20
	Familia empleado	\$1,332.98	52	\$261.46
	Opci3n #2 Healthkeepers 30/2000/30 Value Advantage			
	3nico Empleado	\$482.54	52	\$44.58
	Empleado + un ni3o	\$659.15	52	\$77.79
	Empleado + hijos	\$981.01	52	\$138.31
	Empleado + c3nyuge	\$1,080.89	52	\$157.09
	Familia empleado	\$1,488.65	52	\$233.77
	Opci3n #3 Healthkeepers 25/30 Point of Service			
	3nico Empleado	\$596.08	52	\$65.91
	Empleado + un ni3o	\$814.24	52	\$106.92
	Empleado + hijos	\$1,211.82	52	\$181.67
	Empleado + c3nyuge	\$1,335.20	52	\$204.87
	Familia empleado	\$1,838.88	52	\$299.56

informaci3n de los dependientes

nombre de pila	3ltimo nombre	SSN#	fecha de naci3n	relaci3n



Sin cambios respecto al año pasado



Este es un cambio con respecto al año pasado

OPTION #2 Seguro Dental / Visión de grupos

Tilde el Plan	Descripción del Plan de Seguro para grupos		Election Amount	Numero de Deducciones	Costo por pdo de pago
			Monthly Cost		
	Dominion Dental Insurance - HMO	único Empleado	\$23.58	52	\$5.44
	Dominion Dental Insurance - HMO	EE + un dependiente	\$42.76	52	\$9.87
	Dominion Dental Insurance - HMO	Familia empleado	\$63.30	52	\$14.61
	Dominion Dental Insurance - PPO	único Empleado	\$33.66	52	\$7.77
	Dominion Dental Insurance - PPO	EE + un dependiente	\$62.02	52	\$14.31
	Dominion Dental Insurance - PPO	Familia empleado	\$96.30	52	\$22.22
	Dominion Vision Insurance	único Empleado	\$11.28	52	\$2.60
	Dominion Vision Insurance	EE + un dependiente	\$18.82	52	\$4.34
	Dominion Vision Insurance	Familia empleado	\$26.78	52	\$6.18



Sin cambios respecto al año pasado



Este es un cambio con respecto al año pasado

OPTION #3 GROUP SUPPLEMENTAL INSURANCE PLANS

Tilde el Plan	Descripción del Plan de Seguro para grupos		Mensual Costo	Numero de Deducciones	Costo por pdo de pago
	Allstate - Accident Insurance	único Empleado	\$18.40	52	\$4.25
	Allstate - Accident Insurance	Familia empleado	\$30.80	52	\$7.11
	Allstate - Disability Insurance	único Empleado	\$34.84	52	\$8.04
	Allstate - Disability Insurance	Familia empleado	\$47.24	52	\$10.90
	Allstate - Term Life Insurance	único Empleado		52	
	Allstate - Term Life Insurance	único Empleado		52	
	Allstate - Cancer Insurance	único Empleado	\$19.96	52	\$4.61
	Allstate - Cancer Insurance	Familia empleado	\$33.62	52	\$7.76

ELECCIÓN DE PARTICIPACIÓN

Quiero participar en este Plan. A continuación hago la siguiente elección en relación con los beneficios que están disponibles para mí en el marco del Plan de Cafetería. Hago esta elección reconociendo que mi remuneración imponible reducirá por un monto igual al valor de los beneficios que se especifican a continuación, la cantidad será deducida en sumas iguales de mi cheque de pago durante el año del plan actual. Yo consto que no puedo cambiar esta elección durante el año 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 terminación de mi empleo. Entiendo que el costo incluye todos los gastos de la ACA, administrativas y de facturación.

*** Firma:

Fecha:

PARTICIPACIÓN DECADENCIA

No quiero participar en este Plan. Renuncio a las siguientes elecciones respecto a los beneficios disponibles para mí bajo el Plan de cafetería. Entiendo que puedo cambiar de elecciones en la próxima inscripción abierta.

*** Firma:

Fecha: