



# 2018 Incripcion Abierta para Beneficios

Es tiempo para nuestra incripcion abierta para beneficios anual. Cualquier cambios que haga, seran efectivos Enero 1, 2018 y continuaran hasta Diciembre 31, 2018. Referirse a las tasas de beneficios de 2018 en la página 4. Durante la incripcion abierta puede inscribir o hacer cambios a su cobertura de los siguientes planes:

- *Medico*
- *Dental*
- *Gastos Flexibles*
- *Poliza de seguro de vida*

El ultimo dia para entregar las formas:  
**Diciembre 15, 2017**

**Instrucciones:** por favor escoja uno de los siguientes

**1** **ESTA INSCRITO Y NO DESEA HACER CAMBIOS?**  
Llene secciones 1, 2, 3 y 4

**2** **ESTA INSCRITO Y DESEA CANCELAR POR SI MISMO O SU DEPENDIENTE(S)?**  
Llene secciones 1, 2, 5, 6 y 7

**3** **NO ESTA INSCRITO Y NO DESEA INSCRIBIRSE?**  
Llene secciones 1, 2 y 5

**4** **QUIERA HACER CAMBIOS A SUS COBERTURA?**  
Escoja de las secciones 6, 7 y 8 y llene las formas necesarias. Luego llene secciones 1, 2, 3 y 4

**5** **DESEA INSCRIBIRSE O AGREGAR DEPENDIENTE(S)?**  
Valla a la pagina de los miembros del equipo, imprima y llene legiblemente las formas para cada tipo de cobertura. Llene secciones 1, 2, 3, 6 y 7

## Preguntas Comunes

1. **Cuando es ultimo dia para entregar las formas?** **Diciembre 15, 2017**
2. **Que pasa si no entrego las formas a tiempo?** Su cobertura se mantendra tal como esta. Podria perder cobertura por si mismo o por un dependiente elegible.
3. **Que hago si cambio mi mente en el 2018?** La incripcion abierta es el unico tiempo durante el año cuando puede hacer cambios, cancelar cobertura, agregar dependiente elegibles, o agregar cobertura.
4. **A quien contacto si tengo preguntas?** Jenny Morris 512.418.0444 or **jennymorris@wesellmeat.com**



# 2018 Benefits Open Enrollment Elections Form

## Seccion 1: Información del Empleado

Por favor asegurarse que la información personal sea correcta. Cambio de dirección de casa, numero de telefono, etc. Esto lo pueden hacer por medio de s manager general o Jenny Morris (512) 418-0444 jennymorris@wesellmeat.com

Nombre: \_\_\_\_\_

No. de Telefono: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

## Seccion 2: Cuentas de Gastos Flexibles para la Salud (FSA)/Cuidado de Dependientes (FSA)

**\*\*Al firmar 3 inscribirme en FSA, doy confirmación que eh sido empleado por K&N Management por 1 o mas años.**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Number de Seguro Social: \_\_\_\_\_ No. de Telefono: \_\_\_\_\_

Dirreccion: \_\_\_\_\_

**Benefices de Salud FSA: La cuenta de Beneficios de Salud FSA, tiene una minima contribución anual de \$250.00 y un limite de cantidad maxima de \$2,000.00.**

For favor elija uno:  Deseo qui descuenten \$ \_\_\_\_\_ para el año que viene para mi beneficio de salud FSA  
\$ \_\_\_\_\_ deduction por cada periodo de pago (**\*HR solo**)  
 Renunciar cobertura

**\*Es elegible para una tarjeta adicional para su esposo(a) o un dependiente. Si desea una tarjeta adicional por favor llene la siguiente information:**

Hombre Completo del Dependiente: \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Relacion al empleado: \_\_\_\_\_

**Benefices FSA para el Cuidado de Dependents Elegibles: La cent de Benefices FSA para Cuidado de un Dependiente , tiene una minima contribución anual de \$250.00 y un limite de cantidad maxima de \$5,000.00. Yo entiendo que cualquier costo que sea requerido para pagar por la cobertura del seguro de salud para mi o cualquiera de mis dependientes sera deducido de mi sueldo ANTES DE LOS IMPUESTOS.**

For favor elija uno:  Deseo qui descuenten \$ \_\_\_\_\_ para el año que viene para mi FSA de Cuidado de un Dependiente  
\$ \_\_\_\_\_ deduction por cada periodo de pago (**\*HR solo**)  
 Renunciar cobertura

## Seccion 3: Conversion de Impuestos del Costo Basico

Por favor elija uno si desea inscribirse:

**Elejir Antes de Impuestos:** Si, deseo participar en el plan Antes de Impuestos. Yo autorizo a mi empleador a deducir me sueldo antes de impuestos para pagar el costo básico del plan de seguro medico, dental y de vision, al cual me e inscrito en esta forma.

**Reconocimiento:** Yo reconozco que mis selecciones de Antes de Impuestos no puede ser cambiado y que al año del plan de Enero 1, 2018 a Diciembre 31, 2018 ha comenzado con la excepción si cambia el estatus de su familia. Cambio de estatus de familia incluye: cambios en estado matrimonial, cambios en dependientes, cambios en estado de empleo, cambios en residencia o local de empleo, cambio en su horario del trabajo, o que un dependiente no esta satisfecho con las condiciones de la cobertura.

#### Seccion 4: Autorizacion/Firma

##### **No deseo hacer cambios a mis beneficios para el año 2018**

Yo entiendo que las selecciones que e hecho son efectivas para el año del calendario 2018 y no se paran cambiar durante el año a caso que tenga un Evento Calificante tal como es definido por el Servicio Interno de Impuestos y provea al departamento de recursos humanos los documentos necesarios dentro de 30 días de tal evento. Estoy de acuerdo a seguir las regulaciones y condiciones de los planes en los cuales me e inscrito de acuerdo al resumen de la descripción de cada plan. Yo autorizo al administrador del plan a deducir de mi sueldo todo costo apropiado para mis selecciones. You confirmo que la información enlistada anteriormente es correcta y la verdad.

Firma del Empleado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del Empleado \_\_\_\_\_

#### Seccion 5: Renuncia (rechasar cobertura)

##### **Renuncio Cobertura**

Yo reconozco que se me a dado la oportunidad para aplicar para cobertura de grupo disponible a mi y mis dependientes por medio de K&N Management. Si e renunciado cobertura ofrecida a mi o mis dependientes, mi firma mas abajo es evidencia de esta acción. Si estoy rechazando cobertura para si mismo o mis dependientes, (incluyendo a mi esposo[a] por causa de otra cobertura, poder en el futuro inscribirme o a mis dependientes con que pida ser inscrito dentro de 31 días después de que termine la otra cobertura. Yo entiendo que si la perdida de cobertura es de Medicaid CHIP, entre 60 días para peder ser inscrito. Si tengo un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción, colocación para adopción o legal de adopción, poder inscribirme y a mis dependientes tal con que pida ser inscrito 30 días después del matrimonio, nacimiento, colocaron para adopción o legal de adopción.

Firma del Empleado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del Empleado \_\_\_\_\_

#### Seccion 6: Seguro de Salud

Por favor seleccione uno:

- Solamente empleado  Empleado y niño(s)  Empleado y esposo(a)  Empleado y familia  Renunciar cobertura  
 Cancelar cobertura por si miso  Cancelar cobertura por dependiente(s)

**Nota: Si esta agregando nuevos dependientes elegibles o inscribiendo por primera vez tendrá que imprimir y llenar las formas de Inscripción de Seguro de Salud de la pagina de los miembros del equipo.**

#### Seccion 7: Seguro Dental

Por favor seleccione uno:

- Solamente empleado  Empleado y niño(s)  Empleado y esposo(a)  Empleado y familia  Renunciar cobertura  
 Cancelar cobertura por si miso  Cancelar cobertura por dependiente(s)

**Nota: Si esta agregando nuevos dependientes elegibles o inscribiendo por primera vez tendrá que imprimir y llenar las formas de Inscripción de Seguro de Salud de la pagina de los miembros del equipo.**

#### Seccion 8: Poliza de Seguro de Vida (Miembros de Salario solamente)

Please check one:

- I currently have Voluntary Life Insurance and wish to CANCEL coverage  
 I wish to enroll in voluntary Life Insurance (**print & complete the Voluntary Life form on the TM Portal**)  
 I do not wish to purchase extra life insurance at this time

**2018 HOURLY Health Benefit Plan (BCBS) \*weekly contribution**

Employee Only	Emp + Spouse	Emp + Child(ren)	Emp & Family
\$16.61	\$191.34	\$95.22	\$220.36

**2018 HOURLY Dental Benefit Plan (Delta) \*weekly contribution**

Employee Only	Emp + Spouse	Emp + Child(ren)	Emp & Family
\$6.57	\$16.65	\$16.65	\$16.65

**2018 SALARY Health Benefit Plan (BCBS) \*weekly contribution**

Employee Only	Emp + Spouse	Emp + Child(ren)	Emp & Family
\$16.61	\$42.82	\$28.40	\$47.17

**2018 SALARY Dental Benefit Plan (SunLife) \*weekly contribution**

Employee Only	Emp + Spouse	Emp + Child(ren)	Emp & Family
\$0.94	\$1.89	\$2.21	\$3.16