

Nombre de Grupo:

Action Group Staffing

No. de Grupo:

Fecha Efectiva:

Período de Espera:

INFORMACIÓN DE EMPLEADO REQUERIDA (Use letra imprenta con tinta azul o negra – DEBE llenarse)			
Número de Seguridad Social	Fecha de Nacimiento	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Nombre	Fecha de Empleo	Teléfono Residencial (    )	
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal

INFORMACIÓN DE DEPENDIENTES REQUERIDA			
Número de Seguridad Social	Fecha de Nacimiento	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Nombre	Relación <input type="checkbox"/> Espos(a) <input type="checkbox"/> Niño(a)	<input type="checkbox"/> Pareja Doméstica	
Número de Seguridad Social	Fecha de Nacimiento	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Nombre	Relación <input type="checkbox"/> Espos(a) <input type="checkbox"/> Niño(a)	<input type="checkbox"/> Pareja Doméstica	
Número de Seguridad Social	Fecha de Nacimiento	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Nombre	Relación <input type="checkbox"/> Espos(a) <input type="checkbox"/> Niño(a)	<input type="checkbox"/> Pareja Doméstica	
Número de Seguridad Social	Fecha de Nacimiento	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Nombre	Relación <input type="checkbox"/> Espos(a) <input type="checkbox"/> Niño(a)	<input type="checkbox"/> Pareja Doméstica	

PLAN DE VALOR MÍNIMO	
<b>MVP</b>	
<input type="checkbox"/> Únicamente Empleado	\$ 416.20
<input type="checkbox"/> Empleado + Espos(a)	\$ 830.42
<input type="checkbox"/> Empleado + Niño(s)	\$ 747.59
<input type="checkbox"/> Empleado + Familia	\$ 1141.06
* Aplican Las Cláusulas de Asequibilidad ACA	

## FIRMA

He leído el paquete de beneficios, y comprendo sus limitaciones. Comprendo que una inscripción abierta sólo está disponible por un tiempo limitado, y comprendo que no hacer una selección de beneficios es una renuncia de cobertura.

Firma	Fecha
-------	-------