

LA JOYA INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT
200 WEST EXPRESSWAY 83 LA JOYA, TEXAS 78560

MEDICAL/DENTAL BENEFIT ENROLLMENT FORM
FORMA DE MATRICULACION PARA BENEFICIOS
MEDICO Y DENTAL

Monthly/Mensual _____ Bi-Weekly/Quincena _____

GENERAL INFORMATION		<input type="checkbox"/> NEW ENROLLMENT	<input type="checkbox"/> CHANGE	<input type="checkbox"/> TERMINATION
Type Of Change/Tipo de Cambio	Effective Date Of Change/Fecha Efectiva	Employment Date/Fecha de Empleo	Employee ID #	
Employee Name (First, Middle, Last)/Nombre de Empleado (Nombre, Apellido)			Occupation/Ocupacion	
SSN/Numero Social	Date of Birth /Fecha de Nacimiento	Marital Status/Estado Civil	Sex (circle one)/Sexo M F	
Street Address/Domicilio		City/Ciudad	State/Estado	Zip/Codigo

Directions: Indicate your selection by checking the premium box for the level of coverage you desire.
Instrucciones: Senale la cobertura que usted desea.

EMPLOYEE BENEFIT PLAN/ PLAN DE BENEFICIOS PARA EL EMPLEADO:

COVERAGE TYPE/TIPO DE COBERTURA	MEDICAL PLAN/PLAN MEDICO		
	OPTION 1/OPCION 1 (\$750 Ded./\$35 Co-pay/ \$35 consulta)	OPTION 2/OPCION 2 (\$550 Ded./\$25 Co-pay/ \$25 consulta)	OPTION 3 /OPCION 3 (\$250 Ded./\$15 Co-pay/ \$15 consulta)
Employee Only/Empleado	<input type="checkbox"/> \$0.00/mo.	<input type="checkbox"/> \$65.00/mo.	<input type="checkbox"/> \$125.00/mo.
Employee + 1 Child / Empleado y 1 Nino(a)	<input type="checkbox"/> \$175.00/mo.	<input type="checkbox"/> \$215.00/mo.	<input type="checkbox"/> \$275.00/mo.
Employee + 2 Children /Empleado y 2 Ninios	<input type="checkbox"/> \$275.00/mo.	<input type="checkbox"/> \$315.00/mo.	<input type="checkbox"/> \$375.00/mo.
Employee & Family /Empleado y Familia	<input type="checkbox"/> \$375.00/mo.	<input type="checkbox"/> \$415.00/mo.	<input type="checkbox"/> \$475.00/mo.
	DENTAL PLAN/PLAN DENTAL A		DENTAL PLAN/DENTAL B
Employee Only/Empleado	<input type="checkbox"/> \$12.00/mo.		<input type="checkbox"/> \$19.00/mo
Employee + Children/Empleado y Ninios	<input type="checkbox"/> \$26.00/mo.		<input type="checkbox"/> \$43.00/mo
Employee + Spouse	<input type="checkbox"/> \$23.00/mo.		<input type="checkbox"/> \$38.00/mo
Employee & Family /Empleado y Familia	<input type="checkbox"/> \$36.00/mo.		<input type="checkbox"/> \$61.00/mo.

COVERED DEPENDENT INFORMATION/INFORMACION DE DEPENDIENTES:

Dependent Name (First, M.I., Last) Nombre de Dependientes (Nombre, Apellido)	Sex/Sexo	Date of Birth/ Fecha de Nacimiento	Dependent SSN/ Numero Social	Term. Date / Fecha de Terminacion
Spouse/Esposo(a)	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
Child/Nino(a)	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
Child/Nino(a)	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
Child/Nino(a)	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
Child/Nino(a)	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
Child/Nino(a)	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			

IF CHILD IS OVER THE AGE OF 19, PLEASE PROVIDE PROOF THAT THE CHILD IS BEING CLAIMED ON YOUR FEDERAL INCOME TAX RETURN. / SI EL DEPENDIENTE ES MAYOR DE 19 ANOS Y LO ESTA RECLAMANDO EN SU REPORTE DE INGRESOS FEDERALES FAVOR DE PRESENTAR PRUEBA.

Dependent Name/Nombre de Dependiente	

OTHER MEDICAL COVERAGE/OTRO TIPO DE COBERTURA MEDICA:

I hereby certify that there is no other medical coverage for myself or any of my covered dependents. / Yo certifico que no hay ningun otro tipo de cobertura medica para mi ni para mis dependientes.

I hereby certify that there is other medical coverage for myself or my family. /Yo certifico que hay otra cobertura medica para mi o mi familia.

Covered members/Miembros Asegurados: _____ Insurance Company/ Nombre de Compania de Seguro: _____

AUTHORIZATION/AUTORIZACION:

I decline all available coverages./ Yo rechazo toda cobertura disponible.

I hereby certify that I elect coverage as indicated on this form and that all the spouse/dependent information is complete and accurate. I authorize my employer to deduct the required premium contributions from my pay. Yo certifico que elijo la cobertura indicada en esta forma y que toda la informacion referente a mi esposo(a) y dependientes esta completa y correcta. Yo autorizo estas deduccions de mi nomina.

Employee Signature/Firma de Empleado	Date/Fecha
--------------------------------------	------------

