

**Hoja de Trabajo de Pre-inscripción 2009-2010 del SPRING BRANCH ISD La información relacionada con los diferentes servicios ofrecidos por el SBISD puede ser encontrada en el sitio de la web del distrito:**

<http://www.springbranchisd.com/person/benefits/benefits.htm>

**Please review this page, and page two.**

**I. INFORMACIÓN DEL EMPLEADO**

---

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

Número del Seguro Social: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de contratación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**II. INFORMACIÓN DE LOS DEPENDIENTES – Enliste todos los dependientes elegibles cubiertos 1).**

**Apellido:** \_\_\_\_\_ **Primer nombre:** \_\_\_\_\_ **MI:** \_\_\_\_\_

---

Número del Seguro Social: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

2). Apellido: \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_

Número del Seguro Social: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

3). Apellido: \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_

Número del Seguro Social: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

4). Apellido: \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_

Número del Seguro Social: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

**III. PLAN MÉDICO- TRS-ActiveCare BlueCross BlueSheild 1-866-355-5999**

*Elijo el siguiente plan:*

---

\_\_\_\_\_ ActiveCare 1-HD \_\_\_\_\_ ActiveCare 1 \_\_\_\_\_ ActiveCare2 \_\_\_\_\_ ActiveCare 3

*Elijo la siguiente cobertura para mí y/o para mi familia:*

\_\_\_\_\_ Empleado solamente \_\_\_\_\_ Empleado/esposo(a) \_\_\_\_\_ Empleado/Hijos \_\_\_\_\_ Empleado/Familia

\_\_\_\_\_ Empleado/Familiar \_\_\_\_\_ Empleado/ Familiar ambos del SBISD

\_\_\_\_\_ Elijo renunciar a la cobertura médica

**IV. DENTAL DHMO- AETNA 1-877-238-6200**

**DENTAL INDEMNITY-AENTA 1-877-238-6200**

---

*Elijo el siguiente plan:*

\_\_\_\_\_ DHMO\* \_\_\_\_\_ Plan de indemnización

- Requiere la selección de un Proveedor Dental Principal (PDP). Disponible en

**Proveedor Dental Primario para DHMO:** \_\_\_\_\_

*Elijo la siguiente cobertura para mí y/o para mi familia:*

\_\_\_\_\_ Empleado solamente \_\_\_\_\_ Empleado/esposo(a) \_\_\_\_\_ Empleado/Hijos \_\_\_\_\_ Empleado/Familia

\_\_\_\_\_ Elijo renunciar a la cobertura dental

**V. PLAN DE VISIÓN – United Healthcare Vision(Formerly, Spectera Vision) 1-800-638-3120**

---

*Elijo la siguiente cobertura para mí y/o para mi familia:*

\_\_\_\_\_ Empleado solamente \_\_\_\_\_ Empleado/esposo(a) \_\_\_\_\_ Empleado/Hijos \_\_\_\_\_ Empleado/Familia

\_\_\_\_\_ Elijo renunciar a la cobertura de visión.

**VI. VIDA COMPLEMENTARIA –The Standard Life Insurance Company 713-251-2459**

*Elijo la siguiente cobertura:*

Seguro de vida complementario y de accidente Cantidad del beneficio: \$ \_\_\_\_\_  
 Seguro de vida y de accidente del dependiente

Elijo renunciar a las siguientes coberturas de seguro de vida complementarias:  
 Vida complementaria y accidente  Vida y accidente del dependiente

**VII. SEGURO DE INVALIDEZ – Unum**

**713-251-2459**

**Plan B-Short Term Disability - Invalidez a Corto Plazo :** \$ \_\_\_\_\_ Beneficio mensual

14 días  30 días  90 días  180 días

Elijo renunciar a la cobertura de invalidez Gold Plan.

**Plan A-Short and Long Term Disability – Invalidez a corto plazo y largo plazo :** \$ \_\_\_\_\_ Beneficio mensual

14 días  30 días  90 días  180 días

Elijo renunciar a la cobertura de invalidez de Platinum Plan.

**VIII. Seguro para CANCER y enfermedad específica – Allstate/ American Heritage Life**

**713-251-2459**

*Elijo la siguiente cobertura:*

Empleado solamente  Empleado/Familiar  
 Elijo renunciar al plan de Cáncer.

**IX. SERVICIOS LEGALES – Servicio legal pre-pagado**

**713-251-2459**

Elijo participar en el plan legal pre-pagado.  
 Elijo renunciar al plan legal pre-pagado.

**X. ELECCIÓN ANTES DE IMPUESTOS – Plan de Cafetería**

Elijo tener primas de seguro elegibles deducidas **antes** de impuestos.  
 Elijo tener primas de seguro elegibles deducidas **después** de impuestos.

*(Las primas de invalidez Unum siempre se toman después de impuestos). Also, our two new plans, Long Term care, and, Hospital Indemnity are too, always taken after-tax.*

**XI. CUENTAS DE REEMBOLSO FLEXIBLE - Boon-Chapman**

**1-800-252-9653 (Option 6) Fax: 1-512-459-1552 www.myrsc.com**

*Elijo participar en las siguientes cuentas de reembolso flexible:*

Reembolso de cuidado de salud Cantidad de elección anual: \$ \_\_\_\_\_ (\$3,000 máximo)

Reembolso de cuidado de Dependiente Cantidad de elección anual: \$ \_\_\_\_\_ (\$5,000 máximo)

Elijo renunciar a la participación en las cuentas de reembolso flexible.

**The annual year to date contribution amount is deducted over 16 checks(10-01-2009-05-16-2010).**

**XII. AUTORIZACIÓN / FIRMA**

Entiendo que mis elecciones de beneficios no pueden ser cambiadas hasta el próximo periodo de inscripción abierto anual, a menos que yo tenga un cambio en mi situación familiar, tal como es definido en la ley federal. Además, autorizo al SBISD a deducir las primas del seguro de mi cheque de pago.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_