



Número del Grupo 085000

www.tr.s.state.tx.us/trs-activecare

**ELEGIBILIDAD**

¿Está empleado y contribuyendo mensualmente al TRS?  Sí  No  
Si responde que no, ¿está programado para trabajar 10 horas o más por semana?  Sí  No (Si responde No a ambas preguntas, usted no es elegible para cobertura de TRS-ActiveCare.)

**SECCIÓN 1 — EVENTOS RELACIONADOS A LA INSCRIPCIÓN** Marque todos los cuadros que se apliquen

Nombre del Distrito/Empleador

Participante Nuevo  Añadir Dependiente  
¿Es su solicitud debido a:  
¿Una Inscripción Anual?  Sí  No  
¿Eventos de Inscripción Especial?  Sí  No  
Si es sí, fecha del evento: Mes Día Año  
Evento:  Matrimonio  Nacimiento/Adopción  
 Orden Judicial  Pérdida de Otra Cobertura  
 Otro, Explique:

Si es empleado nuevo, ¿cuándo desea que su cobertura empiece?  
 Fecha de empleo activo  
 Primer día del mes después de la fecha de empleo activo

Cancelar Participante  Cancelar Dependiente  
Indique las personas canceladas en la Sección 5  
Evento:  Divorcio\*  Muerte\*  Pérdida de Elegibilidad  
 Terminación del Empleo o Jubilación  
 No se Han Pagado la Primas  
 Vencimiento del Permiso de Ausencia de Trabajo  
 Cobertura Cancelada (por el Empleado)  
 Otra, Explique: Indique la fecha: Mes Día Año

Cambio  
 Plan/Cobertura  
 Dirección  
 Nombre  
  
 Rechazar la Cobertura (Llene las Secciones 2 y 9)

**For Employer Use Only**

TRS Reporting Number

Employee's Actively-at-Work Date

MM DD YYYY

Effective Date of Coverage

MM DD YYYY

Employer Verification Signature

**SECCIÓN 2 — SU INFORMACIÓN PERSONAL** Lénela aun si está rechazando la cobertura

Masculino  Casado(a) Apellido Nombre Segundo Nombre  
 Femenino  Soltero(a)  
Fecha de Nacimiento: Mes Día Año Número de Seguro Social: - - - - -  
Número de Tel. del Trabajo: ( ) Número de Tel. Particular: ( )  
Dirección Ciudad Estado Código Postal  
Dirección de Correo Electrónico

**Llénela solamente si usted está solicitando cobertura de HMO**

Idioma Principal: ¿Tiene usted alguna incapacidad que le impida su habilidad para comunicarse o leer?:  Sí  No  
Describa materiales especiales que necesite para comunicación: No. del Médico Primario de HMO:  
Miembros FEMENINOS: Usted tiene derecho a escoger un Gineco/Obstetra sin ser referida por su Médico General Primario (PCP). No necesita designar a un Gineco/Obstetra. Puede elegir recibir los servicios Gineco/Obstetras de su PCP. Si desea designar un Gineco/Obstetra, indique el número de tal proveedor. No. del Gineco/Obstetra de HMO:

**SECCIÓN 3 — INFORMACIÓN DE MEDICARE** Lénela si usted o algún dependiente está cubierto por Medicare (Adjunte otra solicitud si necesita más espacio)

Nombre de la Persona Cubierta: No. HIC (en la tarjeta):  
 Medicare Parte A (hospital) F. Inicial: Mes Día Año F. Final: Mes Día Año  
 Medicare Parte B (el médico) F. Inicial: Mes Día Año F. Final: Mes Día Año  
 Medicare Parte C  con medicinas O  sin medicinas  
 Medicare Parte D (medicinas recetadas)  
F. Inicial: Mes Día Año F. Final: Mes Día Año

Marque la razón de elegibilidad para Medicare:  Edad  Incapacitación  Enfermedad renal en su etapa final  Incapacitación y enfermedad renal actual

**SECCIÓN 4 — ELIJA SU PLAN Y CATEGORÍA DE COBERTURA**

**Plan de Beneficios Médicos** (Marque uno sólo)  
PPO:  ActiveCare 1-HD  ActiveCare 1  ActiveCare 2  ActiveCare 3  
HMO:  FirstCare  Mercy Health Plans  Scott & White Health Plan  Valley Baptist Health Plans  
**Categoría de Cobertura** (Marque una)  
 Empleado Sólo  
 Empleado y Cónyuge  
 Empleado e Hijos  
 Empleado y Familia

**SECCIÓN 5 — COBERTURA DE DEPENDIENTES** Lénela para solicitar cobertura o hacerle cambios a la cobertura de los dependientes

**Cónyuge**  Añadir  Masculino Apellido Nombre Inicial Segundo Nombre No. del Médico Primario de HMO:  
 Excluir  Femenino  
Número de Seguro Social Fecha de Nacimiento: Mes Día Año Dirección Postal, si es diferente Ciudad Estado Código Postal  
**Hijo**  Añadir  Masculino Apellido Nombre Inicial Segundo Nombre No. del Médico Primario de HMO:  
 Excluir  Femenino  
Número de Seguro Social Fecha de Nacimiento: Mes Día Año Dirección Postal, si es diferente Ciudad Estado Código Postal

Indique la relación del hijo con el empleado:  Hijo legítimo/adoptado  Hijastro  Bajo su tutela  Guardián legal  Nieto\*\*  Otro menor\*\*

**Hijo**  Añadir  Masculino Apellido Nombre Inicial Segundo Nombre No. del Médico Primario de HMO:  
 Excluir  Femenino  
Número de Seguro Social Fecha de Nacimiento: Mes Día Año Dirección Postal, si es diferente Ciudad Estado Código Postal

Indique la relación del hijo con el empleado:  Hijo legítimo/adoptado  Hijastro  Bajo su tutela  Guardián legal  Nieto\*\*  Otro menor\*\*

\* Los inscritos en HMO pueden ser elegibles para continuación de cobertura por medio del estado. Vea su Certificado de Cobertura para más información. Si se necesita espacio adicional para más dependientes, por favor vea al dorso.  
\*\* Debe cumplir con los requisitos de elegibilidad especificados en el primer punto bajo Condiciones de Cobertura en la Sección 10.

**SECCIÓN 5 — COBERTURA DE DEPENDIENTES (continuación) Llénela para solicitar cobertura o hacerle cambios a la cobertura de los dependientes**

<b>Hijo</b>	<input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Excluir	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Apellido	Nombre	Inicial Segundo Nombre	No. del Médico Primario de HMO:
Número de Seguro Social			Fecha de Nacimiento	Dirección Postal, si es diferente	Ciudad	Estado Código Postal
Indique la relación del hijo con el empleado: <input type="checkbox"/> Hijo legítimo/adoptado <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Bajo su tutela <input type="checkbox"/> Guardián legal <input type="checkbox"/> Nieto** <input type="checkbox"/> Otro menor**						

<b>Hijo</b>	<input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Excluir	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Apellido	Nombre	Inicial Segundo Nombre	No. del Médico Primario de HMO:
Número de Seguro Social			Fecha de Nacimiento	Dirección Postal, si es diferente	Ciudad	Estado Código Postal
Indique la relación del hijo con el empleado: <input type="checkbox"/> Hijo legítimo/adoptado <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Bajo su tutela <input type="checkbox"/> Guardián legal <input type="checkbox"/> Nieto** <input type="checkbox"/> Otro menor**						

<b>Hijo</b>	<input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Excluir	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Apellido	Nombre	Inicial Segundo Nombre	No. del Médico Primario de HMO:
Número de Seguro Social			Fecha de Nacimiento	Dirección Postal, si es diferente	Ciudad	Estado Código Postal
Indique la relación del hijo con eal empleado: <input type="checkbox"/> Hijo legítimo/adoptado <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Bajo su tutela <input type="checkbox"/> Guardián legal <input type="checkbox"/> Nieto** <input type="checkbox"/> Otro menor**						

\*\* Debe cumplir con los requisitos de elegibilidad especificados en el primer punto bajo Condiciones de Cobertura en la Sección 10. Si se necesita espacio para más dependientes, adjunte otra solicitud.

**SECCIÓN 6 — INFORMACIÓN SOBRE COBERTURA PREVIA Esto no se aplica a quienes se inscriban al ser elegibles por primera vez, nuevos empleados o inscritos en HMO.**

Para poder recibir crédito por períodos de espera de condición preexistente, usted debe proporcionar información sobre cobertura acreditable anterior para usted y cualquier dependiente indicado. Si usted tiene un certificado de cobertura previa, por favor adjunte una copia a esta solicitud de inscripción. (Si tenía más de un plan vigente, o si la información de los dependientes es diferente, adjunte páginas adicionales.) De ser Medicare, por favor llene la Información de Medicare en la Sección 3 en la página del frente de esta solicitud.

**SECCIÓN 7 — INFORMACIÓN SOBRE OTRA COBERTURA MÉDICA**

¿Está usted, o cualquiera de sus dependientes que estén inscribiéndose en alguno de los planes de TRS-ActiveCare, cubierto por otra cobertura médica?  Sí  No  
Si responde que sí, por favor indique el nombre de cada persona cubierta por otro plan médico.

**SECCIÓN 8 — HIJO DEPENDIENTE INCAPACITADO Llénela para hijos incapacitados, mayores de 25 años, y envíe la Declaración de Incapacidad de Hijo Dependiente**

Nombre del Hijo Dependiente Incapacitado	Tipo de Incapacidad
--	---------------------

¿Ha sido diagnosticada la incapacidad como permanente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es temporal, ¿cuánto tiempo se espera que el hijo dependiente permanezca incapacitado?	¿No puede trabajar el hijo dependiente debido a la incapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	---

Para inscribir a un hijo dependiente incapacitado mayor de 25 años, necesita un formulario de Declaración de Incapacidad de Hijo Dependiente. Vea a su Administrador de Beneficios.

**SECCIÓN 9 — RECHAZO DE LA COBERTURA MÉDICA Para rechazar la cobertura médica, deberá llenar también la Sección 2**

Esta sección es para certificar que la cobertura disponible me ha sido explicada. Se me ha dado la oportunidad de solicitar la cobertura ofrecida tanto a mí como a mis dependientes elegibles y he tomado la opción de voluntariamente rechazar la cobertura según lo indicado a continuación. Si deseo solicitar cobertura en una fecha posterior, entiendo que puede haber un retraso en la fecha de entrada en vigencia de la cobertura así como un período de exclusión por condición preexistente (no corresponde a cobertura de HMO).

<b>Nombre</b> <input type="checkbox"/> Empleado	Razón para rechazar: <input type="checkbox"/> Cobertura de Otro Grupo <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Otro, explique:
<b>Nombre</b> <input type="checkbox"/> Cónyuge	Razón para rechazar: <input type="checkbox"/> Cobertura de Otro Grupo <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Otro, explique:
<b>Nombre</b> <input type="checkbox"/> Hijo Dependiente	Razón para rechazar: <input type="checkbox"/> Cobertura de Otro Grupo <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Otro, explique:
<b>Nombre</b> <input type="checkbox"/> Hijo Dependiente	Razón para rechazar: <input type="checkbox"/> Cobertura de Otro Grupo <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Otro, explique:
<b>Nombre</b> <input type="checkbox"/> Hijo Dependiente	Razón para rechazar: <input type="checkbox"/> Cobertura de Otro Grupo <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Otro, explique:

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**SECCIÓN 10 — CONDICIONES DE COBERTURA**

- Soy empleado del Empleador que se indica en esta Solicitud de Inscripción y Formulario de Cambio. Soy elegible para participar en la(s) cobertura(s) ofrecidas por el programa TRS-ActiveCare, el cual es administrado por Blue Cross and Blue Shield of Texas, una División de Health Care Service Corporation, con beneficios HMO provistos por SHA, L.L.C. o FirstCare, Mercy Health Plans of Missouri, Inc., Scott and White Health Plan, así como Valley Baptist Insurance Company o Valley Baptist Health Plans. A nombre mío y de cualquier dependiente indicado en esta Solicitud de Inscripción y Formulario de Cambio, solicito las coberturas para las cuales sea elegible.
  - Si estoy inscribiendo a un nieto en la Sección 5, yo certifico que mi casa es su residencia principal y que él es mi dependiente en relación a los impuestos sobre la renta federales.
  - Si estoy inscribiendo a un niño como "otro menor" en la Sección 5, yo certifico que mi casa es la residencia principal del menor, que proveo por lo menos el 50% de la manutención de dicho menor, que ninguno de los padres naturales del menor reside en mi casa y que tengo el derecho legal de tomar decisiones sobre el cuidado médico del menor.
- Me estarán disponibles sólo la(s) cobertura(s) y cantidades para las cuales soy elegible. Entiendo que si esta Solicitud de Inscripción y Formulario de Cambio es aceptada, la(s) cobertura(s) entrará(n) en efecto de acuerdo a las disposiciones del programa TRS-ActiveCare.
- Entiendo que la cobertura médica que estoy solicitando puede estar sujeta a una exclusión de condición preexistente (no corresponde a cobertura de HMO).
- Entiendo que al inscribirme para cobertura con el empleador indicado en esta Solicitud de Inscripción y Formulario de Cambio, se dará por terminada cualquier cobertura de TRS-ActiveCare que yo haya elegido bajo otro distrito/entidad participante de TRS-ActiveCare, en conformidad a las Normas de TRS.
- Autorizo la deducción de nómina de pago necesaria por mi Empleador, de haber alguna, para cubrir el costo de mi(s) cobertura(s). Estoy de acuerdo en que mi Empleador actúe como mi agente. Todos los avisos y notificaciones que mi Empleador reciba constituyen obligaciones de mi parte. También estoy de acuerdo en que mi participación en la(s) cobertura(s) está sujeta a cualquier enmienda futura.
- Entiendo que si termino la cobertura de TRS-ActiveCare durante el año del plan, no seré elegible para inscripción en TRS-ActiveCare hasta el próximo año del plan, aun si tengo un evento de inscripción especial.
- Declaro que la información dada en esta Solicitud de Inscripción y Formulario de Cambio es verdadera y correcta. Entiendo y estoy de acuerdo en que se invalide o cancele mi cobertura por cualquier declaración incorrecta y relevante en cuanto al riesgo, hecha por mi a sabiendas.

Firma del Solicitante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



Please print in blue or black ink.

Group Number 085000    www.trs.state.tx.us/trs-activecare    Toll-Free Customer Service 1.866.355.9999

This form is to be completed by both husband and wife who wish to split the cost of employee and spouse or employee and family coverage while being employed by different districts/entities participating in TRS-ActiveCare.

The employee identified in Section 1 is required to select a plan under TRS-ActiveCare. The employee's spouse, identified in Section 3, is required to decline (waive) TRS-ActiveCare coverage. The employing district/entity for EACH person must also complete Sections 2 or 4, as appropriate.

The cost for TRS-ActiveCare coverage will be split between the two employers. Each employer will be billed 50% of the total cost of the TRS-ActiveCare plan selected by the employee in Section 1.

The entity employing the spouse who declined coverage will consider the employee as covered under a group health plan for funding purposes.

**SECTION 1 — TO BE COMPLETED BY EMPLOYEE** that has elected employee and spouse or employee and family coverage

Employee Last Name	First Name	Middle Initial	Social Security Number

I have elected employee and spouse or employee and family coverage, and I elect to split the cost of coverage 50/50 with my spouse.

Employee Signature

Date

**SECTION 2 — TO BE COMPLETED BY EMPLOYER** of the employee in Section 1

District/Entity Name	TRS Reporting Number

I confirm this employee is an active employee enrolled for TRS-ActiveCare coverage. I understand that the cost of this employee's coverage will be split 50/50 between our district/entity and the participating district/entity of the employee's spouse.

Employer Verification Signature

Date

**SECTION 3 — TO BE COMPLETED BY EMPLOYEE** that will be declining coverage

Employee Last Name	First Name	Middle Initial	Social Security Number

I elect to split the cost of coverage 50/50 with my spouse. I have declined TRS-ActiveCare coverage under my participating district/entity and will be covered as a dependent of my spouse as listed in Section 1.

Employee Signature

Date

**SECTION 4 — TO BE COMPLETED BY EMPLOYER** of the employee in Section 3

District/Entity Name	TRS Reporting Number

I confirm this employee is an active employee who has declined TRS-ActiveCare coverage. I understand that 50% of the cost of coverage elected by this employee's spouse will be billed to our district/entity.

Employer Verification Signature

Date

**SECTION 5 — TO BE COMPLETED BY EMPLOYER** of the employee in Section 3 to TERMINATE SPLIT PREMIUM

District/Entity Name	TRS Reporting Number

Please terminate the split premium funding arrangement for this employee.

Employer Verification Signature

Date