

VERIFICACIÓN DEL EMPLEADOR DEL CÓNYUGE QUE TRABAJA

Según su respuesta de su formulario de cónyuge trabajador, se realiza una verificación del empleador que es obligatorio. Por favor, llene el siguiente formulario con su empleador y envíelo a la Oficina de Beneficios. Puede enviar este formulario por correo electrónico a:

info@ewbtf.org

o envíelo por correo a:

1828 N. Meridian Street, Suite 103 Indianápolis, IN 46202

| Sección de Empleado |
|------------------------------|
| Nombre del Empleado: |
| Numero de Seguro Social: |
| Fecha de Nacimiento: |
| Dirección: |
| Ciudad/Estado/Código Postal: |
| Número de Teléfono: |
| Correo electrónico: |

| Sección de Empleadores | | |
|--|--------|----|
| Nombre del empleador: | | |
| Nombre del representante del empleador: | | |
| Título: | | |
| Número de teléfono: | | |
| Correo electrónico: | | |
| ¿Ofrecen seguro médico solo para empleados? | Sí | No |
| ¿Este seguro le cuesta al empleado más de \$125 por mes? | Sí | No |
| Firma del representante: | Fecha: | |