

VERIFICATION FORM FOR DEPENDENT ELIGIBILITY



FOOTHILL-DE ANZA
Community College District

Enviar a Secova por correo o fax no después del 6 de junio de 2008
CORREO: Enviar en el sobre con franqueo pago o por correo a la siguiente dirección:
 Secova Western Service Center
 PO Box 5080
 Costa Mesa, 92628
 FAX: 1-866-585-6860

Número de Verificación FHDA <i>(últimos 4 dígitos de su Número de Seguridad Social, seguido de su fecha de nacimiento: SSNMMDDAAAA)</i>	
Nombre del Empleado	
Domicilio	
Ciudad, Estado, Código Postal	

Instrucciones:

Indique el nombre de todas sus dependientes que actualmente están en el plan de beneficios médicos, odontológicos u oftalmológicos del Distrito y en la cobertura del seguro de vida. **DEBERÁ** presentar la documentación requerida para verificar la elegibilidad de sus dependiente que indique más abajo antes del **6 de junio de 2008**. Si elige "no" o si no responde, la cobertura de esas personas caducará a partir del **30 de junio de 2008**.

- **Revise** las Definiciones de Elegibilidad de Dependientes
- **Verifique** la elegibilidad de cada dependientes indicando "sí" o "no" en este formulario
- **Revise** la lista de Documentos Requeridos de cada dependientes actualmente inscrito
- **Envíe** este Formulario de Verificación una vez completado y firmado, junto con los Documentos Requeridos a Secova, por correo utilizando el sobre con franqueo pago adjunto o por fax al 1-866-585-6860 antes del 6 de junio de 2008. **Recuerde escribir su nombre completo y el Número de Verificación FHDA (últimos 4 dígitos de su Número de Seguridad Social (SSN) seguido de su fecha de nacimiento: SSNMMDDAAAA) en el margen superior derecho de todos los documentos que envíe.**

Dependiente	Relación	¿Es este dependiente elegible para cobertura?
		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Información de Contacto
Indique un número telefónico de contacto en caso de que sea necesario realizar preguntas adicionales sobre la elegibilidad de sus dependientes. Una vez recibido el formulario completado se le enviará una confirmación por correo electrónico.

Teléfono: (____)_____ Llamar preferentemente de: **Mañana** **Tarde**

Dirección de e-mail: _____ *(indicar uno)*

Declaro que la información adjunta que presento como evidencia de elegibilidad de mi cónyuge y/o hijo(s) a cargo conforme a los planes de beneficios del Distrito son verdaderos, exactos y completos. Comprendo que si presento información falsa, incompleta o engañosa o si no cumplo con la actualización de esta información de acuerdo con las pautas de admisibilidad, quedaré sujeto a: la reducción en los niveles de cobertura, el reembolso por reclamaciones o primas pagadas por el Distrito, la finalización de los beneficios de cobertura del Distrito para sus dependientes.

Firma _____ Fecha