CASCADE DESIGNS®

Formulario de Verificación de Elegibilidad para Dependientes Desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2024

NOI	MBRE DEL EMPLEADO:		
REC	QUISITOS DE ELEGIBILIDAD PARA DEPENDIENTES		
confi	garantizar que los dependientes inscritos en los planes de salud cumplan con los rmación de la elegibilidad de los dependientes que desea inscribir. Los dependien cripción resumida del plan como:		
1.	Su cónyuge legítimo		
2.	Sus hijos que:		
	son menores de 26 años.		
	 tienen 26 años o más, solteros, mantenidos principalmente por usted e incal debido a una discapacidad mental o física que surgió mientras el niño estab plan CDI, o mientras estaba cubierto como dependiente por un plan anterior dos planes. 	a cubierto como dependi	iente en virtud del
CO 1	El término "hijo" significa un niño nacido de usted o un niño adoptado legalm hijastro, un hijo adoptivo o un niño del cual usted es el tutor legal. NFIRMAR ELEGIBILIDAD PARA DEPENDIENTES	nente por usted. Tambiér	n incluye un
COI	NFIRMAR ELEGIDILIDAD PARA DEPENDIENTES	¿Este dependiente cumple con la definición de dependiente elegible?	
Noi	mbre del Dependiente Parentesco Género Fecha de nacimiento		
Noi	mbre del Dependiente Parentesco Género Fecha de nacimiento (cónyuge/hijo) (hombre/mujer)		
Noi		definición de depe	ndiente elegible?
Noi		definición de depe	ndiente elegible?
Nor		definición de depe	ndiente elegible?
Noi		definición de depe	ndiente elegible?
Noi		definición de depe	ndiente elegible?
Noi		definición de depe	ndiente elegible?
FIRI Con I formu		definición de depe	No No D D D D D D D D D D D D D D D D D