

가입자 정보 (보험커버를 위해 모든 정보를 기입하셔야 합니다.)					
성		이름		가운데 이름의 머리글자	
생년월일	사회보장번호		성별	결혼여부	
취업일자	<input type="checkbox"/> 파트 타임 <input type="checkbox"/> 풀 타임		신장	체중	
주소 기입란 1			주소 기입란 2		
시	주	우편번호	고용주		
전화	이메일				

보험커버 및 변경 요청 정보 (일어난 일에 대해 증거제출을 요청받으실 수도 있습니다.)					
보험커버의 수준 <input type="checkbox"/> 종업원만 해당 <input type="checkbox"/> 종업원 및 배우자 <input type="checkbox"/> 종업원 및 자녀(들) <input type="checkbox"/> 종업원 및 가족					
플랜 명칭: <input type="checkbox"/> MEC Basic <input type="checkbox"/> MEC <input type="checkbox"/> MEC Plus <input type="checkbox"/> MEC Plus Advantage					
플랜을 변경하는 경우, 자격요건이 되는 사건을 표기 <input type="checkbox"/> 결혼 <input type="checkbox"/> 이혼 <input type="checkbox"/> 입양 <input type="checkbox"/> 풀 타임 학생으로 복귀 <input type="checkbox"/> 법원 명령 <input type="checkbox"/> 기타 (구체적으로 명기하십시오):					
자격요건이 되는 사건의 날짜					

가족 정보 (보험커버를 신청하는 사람에게만 해당)					
이름과 가운데 이름의 머리글자 (성은 종업원과 다른 경우에만)	사회보장번호	성별	신장	체중	생년월일
배우자					
자녀					
자녀					
자녀					

종업원 동의 (서명 필요)	
본인은 본인이 선택한 혜택들에 대해 필요한 금액을 고용주가 본인의 임금으로 부터 세전기준으로 공제할 수 있도록 승인합니다. 본인은 다음 해 초 전까지는 본인이 선택한 혜택들을 변경하거나 임금 공제 승인을 취소할 수 없음을 이해합니다. 그러나 그러한 변경이나 취소가 법의 변경이나, 특별한 가입 행사나, 기타 고용주의 125조 카페테리아 플랜하에서 중간에 변경이나 취소를 허용하는 행사에 기인하거나, 그에 부합하기 위해서 행해진 경우에는 예외라는 것을 또한 이해합니다.	
종업원 서명	날짜
가입인의 대리인이 서명하는 경우, 대신해서 서명할 수 있는 대리인의 권한을 표시하십시오. :	

포기 (모든 보험커버를 포기하는 경우에만 이 항목을 기입하십시오.)	
다음 사람들을 위한 보험커버를 포기합니다. (해당사항에 모두 체크하십시오): <input type="checkbox"/> 종업원 <input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 자녀(들)	
본인은 다음의 사유(들)로 보험커버를 거부합니다 : (해당사항에 모두 체크하십시오. 그리고 귀하가 다른 보험커버를 가졌기 때문에 이 보험커버를 거부하는 것이라면 이 양식에 그 내용을 반드시 표시해야 한다는 것을 알아 두어야 합니다. 그렇게 하지 않을 경우, 귀하가 다른 보험커버를 잃게될 경우에 특별 신청 권리 행사를 못하게 될 수도 있습니다.)	
<input type="checkbox"/> 배우자 또는 부모의 그룹 건강 플랜에서 커버됨 <input type="checkbox"/> 개별 의료 플랜 <input type="checkbox"/> 감당할 수 없음 <input type="checkbox"/> 직장의료보험연장적용 (COBRA)/주정부에 <input type="checkbox"/> 정부 플랜 (플랜 명칭을 명시하십시오): _____ 의한 직장의료보험 연장적용 <input type="checkbox"/> 기타 사유 : _____	

본인은 본인이 고용주가 제공하는 건강플랜을 거부한다는 내용의 이 포기가 국세청 (IRS)에 보고될 수 있다는 것을 이해하며, 또한 Health Care Exchange 를 통해 보험을 선택하는 경우, 벌금납부와 연방정부 보조금의 상환이 초래될 수 있음을 이해합니다.	
승인: 종업원으로서, 본인은 본인이 받을 자격이 있거나 앞으로 있게될 그룹 보험을 신청 또는 포기 (표기가 되어 있는 경우)합니다. 만약 보험료 지급이 필요하다면, 본인의 고용주가 보험료를 월급에서 공제할 것을 승인합니다.	
종업원 서명	날짜