

**JBR, Inc.**  
**Formulario de Eleccion de Deducion de Nomina 2020-2021**

<b>Nombre del empleado</b>		<b>Estado civil</b>	
<b>Domicilio</b>		<b>Numero de telefono</b>	
<b>Numero de Seguro Social</b>		<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>Fecha de contratacion</b>

Autorizo a mi empleador a hacer las siguientes deducciones salariales para el año del plan del 1 de octubre de 2020 al 30 de septiembre de 2021 (el resto de la fecha de este acuerdo).

**SÍ**, quiero participar sobre una base antes de impuestos para las primas de seguro de salud / dental / visión  
 **NO**, no quiero que mis primas se deduzcan sobre una base antes de impuestos.

**2020 DEDUCCIONES DE SEGURO (por cheque de pago)**

	<b>United Healthcare</b> Gold Choice Direct 1250/20% BO42		<b>United Healthcare</b> Gold Choice 750/20% BO4T		<b>United Healthcare</b> Voluntary Dental		<b>United Healthcare</b> Voluntary Vision	
Solo para empleados	\$81.28	[ ]	\$81.49	[ ]	\$7.90	[ ]	\$1.40	[ ]
Empleado & 1 Nino	\$235.89	[ ]	\$236.30	[ ]	\$15.94	[ ]	\$3.11	[ ]
Empleado & Ninos	\$235.89	[ ]	\$236.30	[ ]	\$15.94	[ ]	\$3.11	[ ]
Empleado & Conyuge	\$244.03	[ ]	\$244.44	[ ]	\$15.80	[ ]	\$2.66	[ ]
Empleado & Familia	\$398.64	[ ]	\$399.25	[ ]	\$24.57	[ ]	\$4.38	[ ]

He hecho las elecciones anteriores con respecto a los beneficios puestos a mi disposición. Entiendo que;

(1) No puedo cambiar esta elección durante el año del plan a menos que tenga un "Evento de vida", como la terminación del empleo o el cambio a tiempo parcial mí mismo o por mi cónyuge; matrimonio; divorcio; muerte de un familiar inmediato; o nacimiento o adopción de un niño o cambio significativo en las primas o beneficios de la cobertura de salud mantenida por mí a través de mi empleador, o por mi cónyuge a través de sus empleadores; (2) Esta elección sustituye a elecciones anteriores; (3) Mis beneficios de seguridad social pueden reducirse ligeramente como resultado de mis elecciones.

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

**Exencion de participacion**

Reconozco que se me ha dado la oportunidad de ser un participante en mi empleador de salud y / o dental planes de seguro. Sin embargo, he decidido no participar en este momento. Al renunciar a la participación, me doy cuenta de que no volver a ser elegibles para participar hasta la próxima fecha de aniversario del plan o, si es anterior, la ocurrencia de un evento de la vida.

favor, compruebe a continuación que se aplica:

- Cobertura de Conyuge
- Tricare
- Individual
- Medicare
- Otro \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_