



Pequeñas Empresas

# Solicitud de Contrato para el Plan Grupal para 2025

## La solicitud debe completarse de manera electrónica o con tinta azul o negra.

Los planes de seguro médico son proporcionados por Health Net Health Plan of Oregon, Inc. (Health Net). Los planes de seguro de vida y de muerte o pérdida de miembros por accidente (por sus siglas en inglés, AD&D) están asegurados por Health Net Life Insurance Company. Los planes de seguro dental de PPO están asegurados por Health Net Health Plan of Oregon, Inc. y son administrados por Dental Benefit Providers, Inc. (DBP). Los planes de la vista están asegurados por Health Net Health Plan of Oregon, Inc. y son brindados por Centene Vision Services. Health Net Health Plan of Oregon, Inc., Health Net Life Insurance Company y Centene Vision Services son subsidiarias de Centene Corporation.

La presente es una solicitud de contrato para el plan grupal brindado por Health Net. Las disposiciones de dicho contrato se aplican a todos los empleados elegibles, según lo definido aquí, y a sus dependientes elegibles que quieran o soliciten cobertura a través de este documento. La siguiente información sobre los empleados o dependientes se presenta con el fin de que Health Net determine la elegibilidad de los empleados o los dependientes que quieren inscribirse.

## LE DAMOS LA BIENVENIDA A HEALTH NET

Pasos simples para completar el formulario:

1. Revise la información cuidadosamente y elija las opciones de planes adecuadas para su empresa.
2. Haga una copia de la solicitud completa como constancia. Si debe corregir algún dato, táchelo y coloque sus iniciales en cada corrección. No utilice un producto para borrar.
3. **Nota:** Health Net inscribe automáticamente al empleado y a los dependientes elegibles que optan por obtener la cobertura médica con la cobertura dental o de la vista, en caso de que el grupo de su empleador las ofrezca. Si un empleado quiere rechazar la cobertura dental o de la vista para un dependiente elegible, debe completar la sección **“Rechazo de cobertura”** de la **Solicitud de Inscripción y Cambio**.

**Cobertura médica de Health Net:** 888-802-7001

**Cobertura de seguro de vida de Health Net:** 800-865-6288

**Cobertura dental de Health Net:** 877-410-0176

**Cobertura de la vista de Health Net:** 866-392-6058

### **Solo para uso del empleador:**

#### **Nueva empresa o grupo**

Envíe toda la documentación completa a su agente de seguro o ejecutivo de cuentas designado.



**Importante: Si agrega cobertura dental o de la vista a su cobertura actual, complete las secciones 2, 3, 4, 5, 6, 8 y 10; para todos los demás cambios en la cobertura actual, complete solo las secciones 2, 3, 4 y 8.**

**1. Información del plan de salud** (Todos los planes médicos incluyen la cobertura de servicios de la vista pediátricos y beneficios de atención alternativa. La cobertura dental pediátrica está incluida con todos los planes médicos, salvo para los planes Health Net Oregon Gold y Standard PPO).

<b>PPO</b>			
<b>Platinum</b>	<input type="checkbox"/> P10-250-1-3500DX PD	<input type="checkbox"/> P10-500-1-3500DX PD	<input type="checkbox"/> P10-750-1-3500 DX PD
<b>Gold</b>	<input type="checkbox"/> P25-500-2-8550DX PD	<input type="checkbox"/> P15-1000-2-8500DX PD	<input type="checkbox"/> P15-1500-2-8500DX PD
	<input type="checkbox"/> P25-2000-2-7000DX PD	<input type="checkbox"/> P15-2500-2-8500DX PD	<input type="checkbox"/> P15-3000-2-8500DX PD
	<input type="checkbox"/> P10-3500-4-8975DX PD	<input type="checkbox"/> P10-1500-4-8975DX PD	
<b>Silver</b>	<input type="checkbox"/> P40-3000-3-8975ES PD	<input type="checkbox"/> P35-4500-3-8975DX PD	<input type="checkbox"/> P35-5000-3-8975ES PD
<b>Bronze</b>	<input type="checkbox"/> P8250-0-8250ES PD		<input type="checkbox"/> P40-6000-3-8975ES PD

<b>PLAN PPO DE DEDUCIBLE ALTO</b>	
<b>Silver</b>	<input type="checkbox"/> HD3300-3-6750ES PD
	<input type="checkbox"/> HD4000-3-6750ES PD
<b>Bronze</b>	<input type="checkbox"/> HD7100-0-7100ES PD

**HEALTH NET OREGON GOLD Y STANDARD PPO**  
(Los beneficios de atención alternativa relacionados a este plan incluyen servicios quiroprácticos, acupuntura y naturopatía).

Health Net Oregon Gold Plan     Health Net Oregon Standard Silver Plan     Health Net Oregon Standard Bronze Plan

<b>Atención dental</b>	<b>Atención de la vista</b>
<input type="checkbox"/> Plus D50-1855-1500	<input type="checkbox"/> Elite 1010-1
<input type="checkbox"/> Preferred Plus DP50-1855-1500	<input type="checkbox"/> Preferred 1025-2
<input type="checkbox"/> Value D50-185-1500V	<input type="checkbox"/> Preferred 1025-3
<input type="checkbox"/> Essentials D50-16-500	

**Reconocimiento de la cobertura dental pediátrica**

Si adquiero un plan Health Net Oregon Gold o un plan Oregon Standard PPO, confirmo que adquiriré cobertura dental pediátrica con otra aseguradora, tal y como exige el mandato de la ACA.

**Opciones de cobertura de seguro de vida y AD&D (Si se selecciona cobertura de seguro de vida de Health Net, todos los empleados de tiempo completo son elegibles).**

\$15,000 (todos los empleados)     \$25,000 (de 15 a 50 empleados)     \$50,000 (de 25 a 50 empleados)

**2. Información del grupo del empleador**

Nombre de la compañía:

Nombre comercial:

N.º de grupo (para ser completado por Health Net):      Código SIC:

N.º de ID fiscal (TIN):      Tipo de empresa:

Tipo de entidad (corporación, empresa unipersonal, LLC, sociedad):      Tiempo que lleva en el negocio:      **Fecha de entrada en vigor:**

Contacto de la compañía (contacto administrativo):      Teléfono:      Fax:

**Correo electrónico administrativo:**

Dirección física:      Ciudad:      Estado:      Código postal:

Nombre de contacto para facturación (indique "mismo" si es el mismo que el contacto administrativo):      Teléfono:

Dirección de facturación (si es diferente de la dirección física):      Ciudad:      Estado:      Código postal:

Correo electrónico de contacto para facturación (si es diferente del administrativo):

## 2. Información del grupo del empleador (continuación)

Contacto de la compañía para la coordinación de beneficios (si es diferente de la anterior):	Teléfono:	Correo electrónico:	
Dirección para la coordinación de beneficios (si es diferente de la dirección física):	Ciudad:	Estado:	Código postal:

## 3. Aporte del empleador (Nota: El aporte del empleador para el seguro de salud es de un mínimo del 50% del plan de costo más bajo; para el seguro de vida, es del 100% (de 2 a 9 personas inscritas) y del 50% (de 10 a 50 personas inscritas)).

Seguro de salud para el empleado: _____ % o \$ _____	Cobertura dental para el empleado: _____ % o \$ _____	Cobertura de la vista para el empleado: _____ % o \$ _____	Seguro de vida para el empleado: _____ % o \$ _____
Seguro de salud para dependientes: _____ % o \$ _____	Cobertura dental para dependientes: _____ % o \$ _____	Cobertura de la vista para dependientes: _____ % o \$ _____	

**Nota:** Si selecciona cobertura dental o de la vista sin aporte, indique "0."

## 4. Tarifas mensuales. Adjunte una copia de las tarifas vendidas.

Las tarifas para grupos de pequeños empleadores de Oregon están garantizadas durante 12 meses a partir de la fecha de entrada en vigor, excepto en el caso de cambios en los impuestos o beneficios establecidos por el gobierno. Las tarifas también se basan en la inscripción real del grupo y pueden diferir de las tarifas cotizadas si hay un cambio en la composición del grupo.

## 5. Información sobre elegibilidad

1. ¿Se aplicarán condiciones de elegibilidad antes del período de prueba (por ejemplo, estar en una categoría laboral elegible, reunir los requisitos de certificación relacionados con el puesto o cumplir con el período de orientación del empleo de manera razonable y de buena fe)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2. Período de prueba establecido por el empleador para los empleados nuevos o recontractados: el primer día del mes luego de:  * Health Net modificará la fecha de entrada en vigor de las nuevas personas inscritas, si fuera necesario, para garantizar que el período de espera no supere los 90 días.	<input type="checkbox"/> Fecha de contratación	<input type="checkbox"/> 1 mes <input type="checkbox"/> 30 días <input type="checkbox"/> 60 días*
3. ¿Quiere anular el período de prueba de todas las personas inscritas en la inscripción inicial?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
4. Número promedio de horas trabajadas por semana necesarias para ser elegible para recibir cobertura de seguro médico: _____		
5. ¿Cuántos empleados hay desde la fecha de entrada en vigor de la cobertura? _____ Se considera "empleado" a cualquier persona para quien la compañía emite un Formulario W-2, incluidos los empleados de tiempo completo, de tiempo parcial y estacionales, independientemente de su elegibilidad para recibir cobertura de seguro <sup>1</sup> .		
6. Número promedio de personas empleadas durante todo el año calendario anterior, independientemente de si eran elegibles para recibir cobertura o no: _____  Para calcular el número promedio de empleados, determine el número de empleados de cada mes, súmelo para obtener el total anual y, luego, divídalo por 12. Redondee al número entero más cercano, por ejemplo: 24.6 = 25. Escriba el número en cifras, es decir, ingrese "3", no "tres".		
7. Número total de empleados en todo el mundo: _____  Cuenta a todos los empleados en los Estados Unidos, independientemente de si son elegibles para recibir cobertura, incluidos los empleados de tiempo completo, de tiempo parcial, subcontratados, etc. No incluya a los empleados 1099 ni a los empleados estacionales.		

	Atención médica	Cobertura de seguro de vida	Atención dental	Atención de la vista
8. Número de empleados elegibles (incluidos los dueños elegibles): (Nota: la respuesta 8 debe ser igual que las respuestas 9 + 10 + 11).	_____	_____	_____	_____
9. Número de personas inscritas activas (excluidas las personas inscritas en la COBRA):	_____	_____	_____	_____
10. Número de personas inscritas en la COBRA (aquellas que solicitan cobertura de salud):	_____	<b>N/A</b>	_____	_____
11. Número de anulaciones (adjunte un Formulario de Inscripción con la sección 7, "Rechazo de cobertura", como se indica):	_____	_____	_____	_____

(continúa)

## 5. Información sobre elegibilidad (continuación)

12. ¿Qué tipo de continuación de cobertura le corresponde?  COBRA federal<sup>2</sup>  Continuidad de la cobertura por el estado
13. Durante los últimos 12 meses, ¿el empleador celebró un contrato con Health Net?  Sí  No
14. ¿Las personas inscritas elegibles pueden considerarse “exclusiones”, ya sea por ubicación o pertenencia a un sindicato?  Sí  No
15. ¿El grupo está sujeto a la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación para Empleados?  Sí, mes: \_\_\_\_\_  No  
(Nota: los gobiernos locales, estatales y federales, y los planes de la iglesia no están sujetos a los requisitos de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación para Empleados).
16. ¿Pertenece a un grupo controlado<sup>3</sup>?  Sí  No
17. Si la respuesta es afirmativa, ¿quién es el empleador por motivos relacionados con la declaración de impuestos? \_\_\_\_\_
18. ¿Cuántos empleados equivalentes a los empleados de tiempo completo estaban en el grupo durante el año calendario anterior?  
\_\_\_\_\_
- (Para determinar la elegibilidad, los empleadores deben tener un empleado en el momento de la inscripción).

## 6. Aseguradora actual (Escriba el nombre de la aseguradora actual, si corresponde).

- En la actualidad, ¿su compañía tiene otro seguro de salud?  Sí  No
- En caso afirmativo, ¿cancelará la otra cobertura de seguro de salud si Health Net aprueba esta solicitud?  Sí  No
- Información de la aseguradora actual: \_\_\_\_\_ Número de póliza de la aseguradora actual: \_\_\_\_\_
- ¿Health Net será su única aseguradora?  Sí  No
- Si la respuesta es “no”, ingrese el nombre de la otra aseguradora: \_\_\_\_\_
- Planes ofrecidos: \_\_\_\_\_
- Nombre de la aseguradora a cargo de la indemnización por accidentes y enfermedades laborales: \_\_\_\_\_
- Número de personas inscritas que no poseen cobertura de indemnización por accidentes y enfermedades laborales: \_\_\_\_\_
- Escriba los nombres de las personas inscritas que no poseen cobertura de indemnización por accidentes y enfermedades laborales: \_\_\_\_\_
- (En el caso de los empleadores que deben tener cobertura de indemnización por accidentes y enfermedades laborales, la póliza de dicha cobertura debe estar activa para ser elegibles para Health Net. La cobertura de 24 horas solo se brinda a los empleados por cuenta propia, socios y funcionarios corporativos del grupo del empleador que no están sujetos a recibir la cobertura de indemnización por accidentes y enfermedades laborales obligatoria).

## 7. Criterios de determinación de cobertura

### Condiciones generales

El grupo suscriptor debe emplear, al menos, a un empleado elegible para poder inscribirse y debe ser un pequeño empleador de Oregon, tal como se define en las regulaciones federales o de Oregon. Las reglas de elegibilidad deben ser las mismas para la inscripción en planes médicos y dentales. Todos los empleados inscritos deben mantener una relación societaria, de contratistas independientes o de empleado y empleador, de buena fe, con el grupo suscriptor. Si el grupo suscriptor incluye a los empleados subcontratados y a los contratistas independientes en el plan de salud, dichos empleados deben estar cubiertos.

No es necesario que Health Net sea la única aseguradora, siempre que se cumplan las pautas de participación. Los empleados elegibles que anulan la cobertura porque poseen cobertura grupal a través de otro empleador (por ejemplo, la cobertura del seguro del cónyuge) no cuentan para la participación.

La emisión de la cobertura y del contrato para el plan grupal está sujeta a la revisión y la aprobación de la determinación de cobertura por parte de Health Net, y a la recepción del pago de las primas del primer mes. Las tarifas cotizadas iniciales están sujetas a la revisión y evaluación de Health Net conforme a la presente inscripción, y a cualquier variación que hubiera en el grupo, según se determina en las presunciones de determinación de cobertura.

La cobertura entrará en vigor en la fecha mencionada si Health Net acepta y aprueba la solicitud, y la considera apropiada, según los requisitos de tiempo especificados. La cobertura de un afiliado termina el último día del mes en que deja de ser elegible conforme a las disposiciones de elegibilidad del grupo. Habrá un período de inscripción abierta por año de contrato.

Dicho período abarcará los 30 días previos a la fecha de entrada en vigor de la renovación.

## 8. Declaración del grupo suscriptor y otros términos importantes

Complete toda la información requerida antes de firmar esta solicitud. Escriba sus iniciales si hace algún cambio.

Esta es solo una solicitud. La cobertura y la emisión del contrato para el plan grupal están sujetas a la revisión y la aprobación de Health Net, y a la recepción del pago de las primas del primer mes.

La persona que suscribe reconoce que la información incluida en este documento constituye una declaración completa y verdadera ante Health Net. El contrato para el plan grupal se puede cancelar mediante un aviso previo con 30 días de anticipación si en el momento de la inscripción, o durante los 24 meses posteriores a la emisión del contrato, se determina que se realizaron declaraciones falsas de manera intencional sobre algún hecho relevante relacionado con este, según se prohíbe en los términos contractuales.

Cuando sea la fecha de aniversario de la póliza, la presentación del pago de la prima de renovación confirmará que se aceptó dicha renovación y la prima del año subsiguiente.

El solicitante, en caso de que se acepte esta solicitud, se compromete a realizar deducciones de la nómina de los empleados elegibles inscritos en este contrato para el plan grupal. Dichas deducciones estarán autorizadas y se realizarán en cuotas. Además, el solicitante acuerda enviarle dichos montos a Health Net antes de la fecha de vencimiento, así como también todos los informes necesarios para mantener los registros de membresía completos y exactos. Asimismo, acepta cumplir con las reglamentaciones correspondientes relacionadas con los requisitos de membresía, las adiciones al grupo o las eliminaciones de este. Envíe esta solicitud a su ejecutivo de cuentas o productor de Health Net, según lo especificado.

El solicitante, en caso de que se acepte esta solicitud, se compromete a cooperar con Health Net para cumplir con todos los requisitos de la sección 2715 de la Ley de Servicios de Salud Pública relacionados con la divulgación de información sobre los beneficios y resúmenes del plan a los beneficiarios y participantes del plan que sean elegibles y renueven su cobertura. El solicitante reconoce que recibió la información para obtener las *Instrucciones para la Reproducción y Distribución del Resumen de Beneficios y Cobertura a Personas Elegibles y Cubiertas* de Health Net a través de [www.healthnetoregon.com/sbc](http://www.healthnetoregon.com/sbc). Además, acepta asumir las responsabilidades asignadas al grupo mencionadas en dicho documento. El suscriptor reconoce por el presente la responsabilidad de enviar una copia impresa o en formato electrónico del *Resumen de Beneficios y Cobertura* a los participantes y beneficiarios del plan.

Los siguientes requisitos de aportes y de participación mínimos estándares son los que corresponden, a menos que se modifiquen durante la cotización o la renovación de las presunciones de determinación de cobertura.

**Aporte mínimo:** Los aportes del empleador a las primas de Health Net deben igualar o superar al 50%.

**Participación mínima:** Para grupos de entre 1 y 5 empleados elegibles, se requiere una participación mínima del 66%. Para grupos de entre 6 y 50 empleados elegibles, se requiere una participación mínima del 50%.

Si no se cumplen con los requisitos de aporte mínimo y de participación mínima, se puede cancelar el contrato o no renovarlo.

Esta solicitud de contrato para el plan grupal, cualquier anexo adjunto, el contrato del plan de Health Net o la póliza de seguro (como se hace referencia aquí), y los formularios de inscripción de los empleados constituyen el contrato entre las partes. A través de dicho contrato, los empleados y sus dependientes inscritos elegibles recibirán los beneficios de atención de salud especificados en el contrato del plan o en la póliza de seguro. El contrato puede modificarse, en cualquier momento, con el consentimiento por escrito del grupo suscriptor y de Health Net. Las modificaciones están sujetas a las reglamentaciones estatales y federales.

Firma del funcionario de la compañía:	Nombre en letra de imprenta del funcionario de la compañía:	Cargo del funcionario:	Fecha:
---------------------------------------	---	------------------------	--------

**La firma del solicitante confirma que a su leal saber y entender:**  
**1) el solicitante acepta todos los términos y condiciones establecidos en esta solicitud, incluidas las condiciones de inscripción y las presunciones de determinación de cobertura; y 2) la exactitud y completitud de la información que el solicitante proporcionó en esta solicitud.**

## 9. Información y certificación del productor

### Productor 1

Nombre del productor:		N.º de ID del productor de Health Net:		
N.º de licencia del Departamento de Seguros:		N.º de ID fiscal:	N.º NPN del agente:	
Nombre de la agencia:	N.º de teléfono:		N.º de fax:	
Dirección:	Ciudad:		Estado:	Código postal:
Correo electrónico:				
Comisión del productor:				

### Productor 2 (se requiere únicamente si se divide la comisión)

Nombre del productor:		N.º de ID del productor de Health Net:		
N.º de licencia del Departamento de Seguros:		N.º de ID fiscal:	N.º NPN del agente:	
Nombre de la agencia:	N.º de teléfono:		N.º de fax:	
Dirección:	Ciudad:		Estado:	Código postal:
Correo electrónico:				
Comisión del productor:				

Certifico que toda la información incluida en esta solicitud es correcta, a mi leal saber y entender. Además, certifico que esta empresa es un establecimiento comercial de buena fe o es elegible de otro modo para contratar cobertura de seguro en el estado de Oregon. Se explicaron todos los requisitos de participación y se cumplieron los requisitos mínimos de participación. Se brindó una explicación completa de las coberturas, las disposiciones de inscripción, los requisitos de elegibilidad, los beneficios, las limitaciones y las exclusiones, y el solicitante o empleador la entendió. Se brindó una explicación completa de los deducibles, los copagos y el coseguro (si corresponde), y el empleador la entendió. No conozco ningún motivo por el que no deba ofrecerse la cobertura del plan y recomiendo que se ofrezca dicha cobertura.

**Nota: Si no ha sido nombrado por Health Net, no se pagarán las comisiones. Para recibir el pago de comisiones, se requiere una confirmación de licencia activa y una cita formal con Health Net antes de la fecha de entrada en vigor del plan grupal.**

Firma del productor 1: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del productor 2 (si corresponde): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## 10. Solo para uso de Health Net

Firma del ejecutivo de cuentas:	Nombre:	Fecha:
---------------------------------	---------	--------

## Plazo de Presentación para Pequeñas Empresas

Para que la cobertura de un grupo entre en vigor el primer día del mes siguiente, debemos recibir, de manera interna, las solicitudes de nuevos grupos debidamente completadas antes **del día 20 del mes** en curso.

### Empleados de Tiempo Completo

Un empleado de tiempo completo para cualquier mes calendario es un empleado que tiene un promedio de al menos 30 horas de servicio semanales durante el mes calendario, o al menos 130 horas de servicio durante el mes calendario.

### Trabajo Estacional

Se considera que un empleador no tiene más de 50 empleados de tiempo completo (incluidos los empleados equivalentes a los empleados de tiempo completo) si se dan las siguientes dos circunstancias:

1. El grupo de empleados del empleador supera los 50 empleados de tiempo completo (incluidos los empleados equivalentes a los empleados de tiempo completo) durante 120 días o menos durante el año calendario.
2. Los trabajadores que superan los 50 empleados durante ese período de 120 días son empleados estacionales.

### Empleados Equivalentes a los Empleados de Tiempo Completo

Un empleado equivalente a los empleados de tiempo completo (por sus siglas en inglés, FTE) es una combinación de empleados, cada uno de los cuales, individualmente, no es un empleado de tiempo completo, pero que, combinados, equivalen a un empleado de tiempo completo. Para determinar la cantidad de empleados equivalentes a los empleados de tiempo completo para un mes, el empleador:

1. Combina la cantidad de horas de servicio de todos los empleados que no son de tiempo completo para el mes, pero no incluye más de 120 horas de servicio por empleado.
2. Divide el total por 120.

<sup>1</sup> Esta información se brinda a los efectos de la clasificación y no para determinar el tamaño del grupo. La determinación de cómo contabilizar a los empleados de entidades corporativas relacionadas, a la hora de calcular el tamaño del grupo a efectos de la tasa de pérdidas para la industria de seguros médicos, se basa en si las entidades se consideran un único empleador en virtud de la sección 414 del Código de Rentas Internas (subsección (b), (c), (m) u (o)) y no se basa en el estado de identificación fiscal múltiple de las entidades relacionadas.

<sup>2</sup> Nota: Por lo general, los empleadores que emplearon normalmente a 20 o más trabajadores durante el año calendario anterior están sujetos a la COBRA federal. Los empleadores que emplearon entre 2 y 19 trabajadores durante al menos el 50% de sus días laborables del año calendario anterior están sujetos a la continuidad de la cobertura por el estado. Consulte a su asesor legal si necesita ayuda para determinar qué ley se aplica a su caso.

<sup>3</sup> "Grupos controlados y afiliados" hace referencia a los grupos que comúnmente están controlados o afiliados según se describe en la subsección (b), (c), (m) o (o) de la sección 414 del Código de Rentas Internas de 1986. Si un grupo es un grupo controlado o afiliado de empleadores, la aseguradora debe tratar al grupo como un grupo único, y el grupo controlado debe completar el formulario de perfil de grupo. Los grupos controlados incluyen matriz-filial, empresas hermanas y la combinación de los dos anteriores.

<sup>4</sup> Un empleador puede seguir ofreciendo un seguro de salud de grupo a sus trabajadores subcontratados de conformidad con el capítulo 743.521 de los Estatutos Revisados de Oregon, pero los empleados subcontratados no se incluyen en el cómputo de empleados a la hora de determinar el tamaño del grupo.

Health Net Health Plan of Oregon, Inc. es una subsidiaria de Health Net, LLC, y Centene Corporation. Health Net es una marca de servicio registrada de Health Net, LLC. Todos los derechos reservados.

### Los siguientes empleados no deben incluirse en la cuenta de FTE:

- Empleados subcontratados<sup>4</sup>.
- Empleados contratados.
- Empleados jubilados o exempleados con continuación de cobertura.
- Una empresa unipersonal.
- Un socio de una sociedad.
- Un accionista del 2% de una corporación de tipo S.
- El cónyuge de una persona que tiene una empresa unipersonal es un socio de una sociedad o es un accionista del 2%.
- De una corporación de tipo S.
- Un trabajador descrito en la sección 3508 del título 26 del Código de los EE. UU.

*La cantidad de empleados equivalentes a los empleados de tiempo completo (o empleados de tiempo parcial) de un empleador solo es relevante para determinar si el empleador tiene una empresa grande.*

### Empleados Elegibles para los Beneficios

La cantidad total de empleados elegibles para la cobertura según lo determine el empleador.

**Dependientes:** Cónyuge legal, pareja doméstica e hijos (desde el nacimiento hasta los 26 años) del empleado, cónyuge o pareja doméstica.

### Empleados recientemente elegibles: primer día del mes siguiente a la fecha de elegibilidad

#### Definición de "empleado recientemente elegible":

- Empleado de tiempo parcial que ha estado contratado durante el período de prueba y pasa a ser empleado regular de tiempo completo.
- Empleado transferido que ha estado contratado durante el período de prueba.
- Empleado despedido que fue recontratado dentro de los 9 meses.
- Otro (debe tener aprobación previa según la determinación de cobertura).

#### Definición de "dependientes recientemente elegibles":

Para niños: fecha de nacimiento, tutela o colocación para adopción. Para cónyuge, pareja doméstica e hijastros: primer día del mes a partir de la fecha de matrimonio o de verificación de la pareja doméstica.