

Delta Dental of Minnesota

PARTE A – INFORMACIÓN DEL EMPLEADO – Empleado(a) complete las partes la A hasta la E. Firme el parte F o G, como indicado

Nombre del empleado:		Apellido		Nombre		Inicial del segundo nombre		Número de seguro social / /	
Sexo:	Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>	Estado Civil	Soltero(a) <input type="checkbox"/>	Casado(a) <input type="checkbox"/>	Viudo(a) <input type="checkbox"/>	Divorciado(a) <input type="checkbox"/>	Separado(a) legalmente <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento (Mes-Día-Año) / /
Dirección del empleado:	Dirección		Número de teléfono de la casa ()		Número de teléfono del trabajo ()				
	Ciudad		Estado		Código postal				

PARTE B – INFORMACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN

Elija el tipo de cobertura (Marque una casilla solamente):	Complete si su Empleador se ofrece el programa de Ortodoncia Voluntaria
<input type="checkbox"/> Empleado solamente* <input type="checkbox"/> Empleado y cónyuge <input type="checkbox"/> Empleado e hijo(s) a cargo <input type="checkbox"/> Familia	<input type="checkbox"/> Sí Elijo <input type="checkbox"/> No Elijo El programa descuento de Ortodoncia Voluntaria
<input type="checkbox"/> Sin cobertura* *Si renuncia a la cobertura para el empleado y/o para cualquier miembro de la familia que cumpla con los requisitos, debe completar la Parte F.	

PARTE C – INFORMACIÓN DE LAS PERSONAS A SU CARGO

Relación con el empleado	Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido (Incluya el apellido sólo si es diferente al del empleado)	Sexo		Fecha de nacimiento Mes/Día/Año	¿Estudiante a tiempo completo?		¿Soltero?	
		M	F		Sí	No	Sí	No
Cónyuge				/ /				
Hijo(a)		M	F	/ /	Sí	No	Sí	No
Hijo(a)		M	F	/ /	Sí	No	Sí	No
Hijo(a)		M	F	/ /	Sí	No	Sí	No

PART D – SOLUTIONS DUAL OPTION - SOLO COMPLETE SI SU EMPLEADOR SE OFRECE ESTE PLAN

Seleccione sola una opción de Plan: Plan Option I - Delta Dental PPO Plan Option II - Delta Dental Premier

PART E – DeltaCare – Solo complete si su empleador se ofrece este plan. Obtenga el código de la Clínica preferida del directorio de los dentistas del DeltaCare

Clinica Código: _____ Para notar: Hay que elegir una Clínica preferida para tener beneficios dentales

PARTE F – RENUNCIAR A COBERTURA

¿Tiene (el empleado) otra cobertura odontológica? Sí No Las personas que usted tiene a cargo, ¿tienen otra cobertura odontológica?
 Sí No Nombre de la compañía _____ Póliza/Nro. de identificación _____

Renuncio el alcance para yo mismo y/o para mis dependientes y entiendo que renunciando el alcance, si o enteramente o Parcialmente pagado por mi empleador, que renuncio el derecho de cambiar esta selección a menos que permitido en los requisitos de la participación del contrato del grupo y restricciones de matriculación. Delta Dental of Minnesota se reserva el derecho a declinar cualquier otro cambio de inscripción.

Firma del empleado: _____ Fecha: _____

PARTE G – FIRMA DEL EMPLEADO

Yo me matriculo y/o mis dependientes y autorizo las deducciones de nomina, si aplicable. Cualquier persona que astutamente y con las intención para defraudar cualquier compañía de seguros u otra persona archiva una aplicación para el seguro o la declaración de contener de reclamo cualquier información materialmente falsa u oculta para los propósitos de descaminar, la información con respecto a cualquier materia del hecho a eso comete un acto fraudulento, que es un crimen y sujeta tal a persona al criminal y penas civiles.

Firma del empleado: _____ Fecha: _____

PART H – GROUP ENROLLMENT INFORMATION - THIS PART TO BE COMPLETED BY EMPLOYER

<input type="checkbox"/> New Group Hire Date: _____ / _____ / _____ Prior Coverage Start Date (if applicable): _____ / _____ / _____ Coverage Effective Date: _____ / _____ / _____	<input type="checkbox"/> Rehire Date Lay Off Began: _____ / _____ / _____ Date Rehired: _____ / _____ / _____
<input type="checkbox"/> Existing Delta Dental Group Hire Date: _____ / _____ / _____ Prior Coverage Start Date (if applicable): _____ / _____ / _____ Coverage Effective Date: _____ / _____ / _____	<input type="checkbox"/> Return from Leave of Absence Date Leave Began: _____ / _____ / _____ Date Returned to Work: _____ / _____ / _____
<input type="checkbox"/> New Hire – Apply Probationary Period (if applicable) to determine Effective Date Hire Date: _____ / _____ / _____ Effective Date: _____ / _____ / _____	<input type="checkbox"/> Employee Change Part Time to Full Time Date of Status Change: _____ / _____ / _____ Effective Date: _____ / _____ / _____
<input type="checkbox"/> Open Enrollment Effective Date: _____ / _____ / _____	<input type="checkbox"/> Qualifying Event or Special Enrollment Period Qualifying Event Reason: _____ Hire Date: _____ / _____ / _____ Event Date: _____ / _____ / _____ Effective Date: _____ / _____ / _____
Group Name: _____	Group & Subgroup Numbers: _____
Group Representative's Signature: _____	Date: _____ Phone Number: () _____

Instrucciones para completar el formulario de inscripción de socios

Notas importantes:

- Escriba a máquina o con bolígrafo en forma clara.
- Todas las fechas deben aparecer en el formato MM/DD/AAAA.
- Antes de entregarlo, revíselo para asegurarse de que haya provisto toda la información necesaria.
- Si falta información o es ilegible, este formulario será devuelto y podría demorar su inscripción.
- Los pedidos de inscripción se completan por lo general dentro de los cinco días hábiles de recibidos por Delta Dental of Minnesota.

Empleado – Complete las partes: A, B, C, D, E, F, G

Parte A: Información del empleado - Complete todas las secciones.

Parte B: Información de la inscripción

- Elija una categoría que describa las personas a su cargo, que cumplen con los requisitos, que usted quiere que estén cubiertos por su plan dental.
- Si elige *Sin Cobertura*, usted y las personas a su cargo que cumplan con los requisitos no serán inscriptos y se renuncia a la cobertura. Esto puede limitar su posibilidad de inscripción en el futuro. Si elige esta opción, debe completar la Parte F.

Parte C: Información de las Personas a Su Cargo

- Complete cada sección por cada persona a su cargo que cumpla con los requisitos para ser inscripto.
- Si inscribe a más de cuatro personas a su cargo, adjunte una lista adicional con la información de las personas a su cargo en el mismo formato.

Parte D: Millennium ChoiceSM

Parte E: DELTACARE

Parte F: Renunciar a Cobertura

- Esta sección debe ser completada si en la Parte B eligió *Empleado solamente* y tiene personas a cargo que cumplan con los requisitos, o si eligió *Sincobertura*.
- Complete la información de su otra cobertura de seguro.
- Marque la casilla que renuncia la cobertura
- Firme y ponga la fecha en el formulario como verificación de renuncia cobertura.

Parte G: Firma del empleado - Si elige *Sin Cobertura* en Parte B y complete el Parte F, no firma es necesario en Parte G.

- Por favor lea y firme el formulario como verificación de su inscripción.
- Devuelva el formulario completo a su administrador de beneficios.

Complete Part H - Group Enrollment Information

- Check one reason for enrollment and provide requested information including coverage effective dates.
- **New Group** – New customer to Delta Dental and submitting initial employee enrollment. Complete the Prior Coverage Start Date only if your plan benefits include waiting periods and credit for prior creditable coverage applies. Note: For a New Group enrolling a Direct Billed COBRA participant, write Direct Bill in the New Group section. If information is not provided, participant will not be enrolled and billed properly.
- **Existing Delta Dental Group** – Enrolling additional employees from an acquisition/merger who were not previously offered/enrolled in you Delta Dental plan. Complete the Prior Coverage Start Date only if your plan benefits include waiting periods and credit for prior creditable coverage applies.
- **New Hire** – Enroll newly hired employee. If a probationary period applies, the coverage effective date is after the probationary period.
- **Open Enrollment** – An employee is enrolling during group's open enrollment period.
- **Rehire** – A former employee was rehired.
- **Return From Leave of Absence** – An employee is returning from leave of absence.
- **Employee Change Part Time to Full Time** – The employee's employment status changed and the employee is now eligible for dental benefits.
- **Qualifying Event or Special Enrollment Period** – If an employee waives coverage, he/she can only enroll at a later date if the group contract includes an Open Enrollment period or if the employee had an eligible qualifying event such as: marriage, divorce, birth, adoption, which allows the employee to enroll in coverage outside of any open enrollment period.
- **Group Name** – Provide group name as listed in your contract.
- **Group and Subgroup Number** – Provide applicable numbers for individual employee.
- **Group Representative** – Sign, date, and provide your phone number.

Send Completed Forms to:



Email: eligibility@mydeltadental.com



Delta Dental
Attention: Eligibility Department
PO Box 30416
Lansing, MI 48909-7916

Notice of Non-Discrimination and Accessibility Requirements

Delta Dental of Minnesota complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Delta Dental of Minnesota does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Delta Dental of Minnesota provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:

- Qualified sign language interpreters
- Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)

Delta Dental of Minnesota provides free language services to people whose primary language is not English, such as:

- Qualified interpreters
- Information written in other languages

If you need these services, please call the number on the back of your ID card

If you believe that Delta Dental of Minnesota has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance by contacting Delta Dental of Minnesota, Attn: Complaints, Appeals, and Grievances, 500 Washington Ave South, Suite 2060 Minneapolis, MN, 55415, 612-224-3300 or 877-268-3384, fax:612-351-5104. You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, please call the number on the back of your ID card.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD) Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Foreign Language Notifications

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-553-9536. (Spanish)

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-800-553-9536. (Hmong)

XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-800-553-9536. (Cushite)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-553-9536. (Vietnamese)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-553-9536. (Chinese)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-553-9536. (Russian)

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ຄວນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-800-553-9536. (Laotian)

ግንታወቂ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች: በነጻ ሊያገለግሉት ተዘጋጅተዋል: ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-800-553-9536. (Amharic)

ymol.ymo;= erh>uwdRAunDAusdmtdAusdmtdw>rRpXRvXAwvXmbl.vXmphRAeDwrHRb.ohM. vDRIAud; 1-800-553-9536. (Karen)

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-553-9536. (German)

(Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-553-9536

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement.

Appelez le 1-800-553-9536. (French)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-553-9536

번으로 전화해 주십시오. (Korean)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-553-9536. (Tagalog)

بهردهسته. بکه 1 (Kurdish) ناگاداری: نهگهر به زمانی کوردی قهسه دهکهیت، خزمهنگوزاریهکانی یارمهتی زمان، بهخواری، بو تو

800-553-9536 به پ

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما بگیرید

تماس 1-800-553-9536 با باشد می ف(Persian / Farsi)

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-553-9536 まで、お電話にてご連絡ください。(Japanese)

ICITONDERWA: Nimba uvuga Ikirundi, uzohabwa serivisi zo gufasha mu ndimi, ku buntu. Woterefona 1-800-553-9536. (Bantu)

KUMBUKA: Ikiwa unazungumza Kiswahili, unaweza kupata, huduma za lugha, bila malipo. Piga simu 1-800-553-9536. (Swahili)

MERK: Hvis du snakker norsk, er gratis språkassistentsetjenester tilgjengelige for deg. Ring 1-800-553-9536. (Norwegian)

សូមប្រុងប្រយ័ត្ន: ប្រសិនបើអ្នកនិយាយ [ភាសាខ្មែរ], សេវាជំនួយភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ, ដែលអ្នកអាចប្រើប្រាស់បាន។ សូមហៅទូរស័ព្ទ 1-800-553-9536. (Cambodian/Khmer)

ध्यानाकर्षणः यदि तपाईं [नेपाली] बोलनुहुन्छ भने, निःशुल्क रूपमा तपाईंलाई भाषा सहायता सेवाहरू उपलब्ध छन्। 1-800-553-9536 मा कल गर्नुहोस्। (Nepali)