

Contribuciones para Primas de Asistencia

Allied Community Resources
PO Box 479
East Windsor, CT 06088
Email: ACR@alliedgroup.org

o

Sunset Shores
67 Bridgeport Avenue
Milford, CT 06460-3931
Email: PremiumAssistance@sunsetshoresfi.com

Departamento de Servicios Sociales (DSS)

o

Departamento de Servicios de Desarrollo (DDS)

INSTRUCCIONES PARA ENVIAR LA SOLICITUD

ALLIED: Electrónica /Envío del Formulario Rellenable

Complete la solicitud en línea y cargue la carta de denegación. Complete la copia impresa y envíela por fax o email junto con la carta de denegación.

<https://form.jotform.com/223605680164050>

SUNSET SHORES: Copia impresa (por fax o email)

Email: PremiumAssistance@sunsetshoresfi.com

Fax gratuito: 1-866-380-0149

Nombre del Empleado	Nombre del Empleador Registrado	Fecha
Teléfono del Empleado	Teléfono del Empleador Registrado	
Email del Empleado	Nombre del Consumidor (si difiere del Empleador Registrado)	

YO CERTIFICO LO SIGUIENTE:

- He estado empleado/a durante 6 meses completos y he percibido un salario con el consumidor-empleador indicado anteriormente.
- Estoy empleado y he “trabajado activamente”, definido como: recibir un salario o un apoyo identificado en un plan de cuidado/plan individual bajo el consumidor-empleador indicado anteriormente.
- Actualmente no tengo opciones de cobertura médica a través de ninguna otra entidad, por ejemplo, a través de otro empleo o a través de un cónyuge, y he adjuntado el formulario de declaración que se requiere.
- Adjunto pruebo como documentación de que he solicitado y se me ha denegado la cobertura, tanto a través del Medicaid (Husky) como de Covered CT.

Yo, _____, Declaro que no estoy afiliado ni reúno los requisitos para estar afiliado al seguro de salud de mi cónyuge, ni de ninguna otra fuente de empleo.

Entiendo que esta declaración es necesaria para tener acceso al Artículo 13A del Acuerdo de Convenio Colectivo (CBA), Contribución a la Prima de Asistencia. El beneficio de la Contribución a la Prima de Asistencia proporcionará hasta un máximo de \$5,000 y se calcula a razón del 6% del total de mis salarios ganados durante los 6 meses anteriores de empleo activo por cada consumidor-empleador individual. Si no he trabajado 6 meses completos, no tendrá derecho a recibir este beneficio hasta que haya trabajado los 6 meses completos. Por la presente certifico que las declaraciones anteriores son verdaderas y exactas.

Firma del Empleado/a_____ Fecha_____.

ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL FI

¿Adjuntó a la solicitud una prueba de la denegación del Medicaid (Husky) y Covered CT? S_ N_

Ha estado el trabajador contratado activamente por el consumidor-empleador individual durante 6 meses? S_ N_

Nombre del Empleado Intermediario Fiscal Registrando la Información y Certificación del Empleado que Solicita Asistencia de la Prima.

FI _____ Fecha _____