

# Verificación de ninguna forma de seguro de salud

## Ciente Sección:

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

I, \_\_\_\_\_,  
Nombre del Cliente

Estoy actualmente empleados a tiempo completo o a tiempo parcial (Por favor un círculo)

en \_\_\_\_\_.  
Nombre y dirección del empleador

## Empleador Sección:

Por la presente declaro \_\_\_\_\_ Actualmente no es elegible y  
Client's Name

NO serán elegibles en los próximos seis meses para inscribirse en un plan de beneficios de seguro de salud privado a través de su empleador.

\_\_\_\_\_  
Nombre del patrón (por favor imprima)

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

\_\_\_\_\_  
Firma del Empleador

\_\_\_\_\_  
Fecha