



**Formulario de Elección de Beneficios (Empleado por hora)**  
**Año del Plan: 1 de enero del 2026 al 31 de diciembre del 2026**

<b>Apellido del Empleado(a):</b>	<b>Primer Nombre del Empleado(a):</b>	<b>Número de ID del Empleado:</b>
<b>Estado Civil:</b> <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)	<b>Género:</b> <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<b>Fecha de Nacimiento:</b>
<b>Dirección Completa, Ciudad, Estado y Código Postal:</b>		<b>Número del Seguro Social:</b> -- --
<b>Fecha de Contratación:</b>	<b>Número de Teléfono:</b>	<b>Fecha de Vigencia:</b>

Por favor seleccione o rechaze la cobertura para cada plan. Western Valley Meat Company contribuye a la cobertura médica. Los montos mostrados a continuación incluyen la contribución del empleador y serán deducidos de cada cheque de pago de manera Quincenal.

**OPTO POR RECHAZAR:**     **Médico**    Razón del Rechazo: \_\_\_\_\_  
 **Dental**     **Visión**     **Vida/AD&D Voluntario**

**ELECCIÓN DE PARTICIPAR:** Por la presente, elijo participar en el programa de beneficios de Western Valley Meat Company. Elijo recibir los beneficios designados por las marcas en los cuadros posteriores en este formulario y autorizo las deducciones correspondientes de mi salario en cada periodo de pago.

OPCIONES DE PLAN	Sólo Empleado(a)	Empleado(a) + Esposa(o)	Empleado(a) + Hijos (as)	Empleado(a) + Familia
<input type="checkbox"/> Personify/Anthem – Base PPO \$6,350 Ded.	<input type="checkbox"/> \$55.00	<input type="checkbox"/> \$225.00	<input type="checkbox"/> \$150.00	<input type="checkbox"/> \$345.00
<input type="checkbox"/> Personify/Anthem – PPO \$0 Ded.	<input type="checkbox"/> \$150.00	<input type="checkbox"/> \$450.00	<input type="checkbox"/> \$320.00	<input type="checkbox"/> \$535.00
<input type="checkbox"/> Delta Dental - PPO Dental (DPPO)	<input type="checkbox"/> \$14.00	<input type="checkbox"/> \$29.00	<input type="checkbox"/> \$42.00	<input type="checkbox"/> \$56.00
<input type="checkbox"/> VSP - Visión	<input type="checkbox"/> \$6.00	<input type="checkbox"/> \$6.00	<input type="checkbox"/> \$6.00	<input type="checkbox"/> \$6.00
<input checked="" type="checkbox"/> <b>The Standard– Seguro de Vida/AD&amp;D</b>	√\$ 0	N/A	N/A	N/A
<input type="checkbox"/> <b>The Standard – Seguro de Vida/AD&amp;D Voluntario</b>	<input type="checkbox"/> Empleado: \$ _____		<input type="checkbox"/> Cónyuge: \$ _____	<input type="checkbox"/> Hijo(a): \$ _____

**Información de Dependiente**

Nombre	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Género	Número del Seguro Social	Tipo de Cobertura:
			<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Vida/AD&D Vol. Elección: \$ _____
			<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Vida/AD&D Vol. Elección: \$ _____
			<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Vida/AD&D Vol. Elección: \$ _____



**Formulario de Elección de Beneficios (Empleado por hora)**  
**Año del Plan: 1 de enero del 2026 al 31 de diciembre del 2026**

**Información de Dependiente (continuado)**

Nombre	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Género	Número del Seguro Social	Tipo de Cobertura:
			<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Vida/AD&D Vol. Elección: \$ _____
			<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Vida/AD&D Vol. Elección: \$ _____
			<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Vida/AD&D Vol. Elección: \$ _____

**Seguro de Vida/AD&D - Beneficiarios Primarios: Marque en círculo uno o ambos, si corresponde (Vida Básica; Vida Voluntaria)**

Nombre	Parentesco	Fecha de Nacimiento (si se conoce)	Número del Seguro Social (si se conoce)	Número de Teléfono	Porcentaje

**Seguro de Vida/ Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D) – Beneficiarios Secundarios**

Nombre	Parentesco	Fecha de Nacimiento (si se conoce)	Número del Seguro Social (si se conoce)	Número de Teléfono	Porcentaje

¿Está usted o alguno de sus dependientes cubiertos por otro seguro?  Sí  No

Si la respuesta es sí, indique el nombre del seguro: \_\_\_\_\_ y el nombre de los asegurados: \_\_\_\_\_

Fecha de Vigencia: \_\_\_\_\_ Tipo de Póliza: \_\_\_\_\_ Titular de la Póliza: \_\_\_\_\_

**Reconozco** que he recibido la guía sobre la Inscripción Abierta de Beneficios para Empleados. Yo entiendo que esta hoja no vincula mi decisión. También debo completar el proceso correspondiente de inscripción para la fecha límite especificada.

Firma del Empleado(a): \_\_\_\_\_

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

Si tiene alguna pregunta sobre el Programa de Beneficios y/o este formulario, comuníquese con el Departamento de Recursos Humanos de Western Valley Meat Company al (559) 218-0384