

Contribuciones de Asistencia de Prima

Allied Community Resources
P.O. Box 479
East Windsor, CT 06088
Correo electrónico: ACR@alliedgroup.org

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

Departamento de Servicios Sociales (DSS) o

Departamento de Servicios para el Desarrollo (DDS)

INSTRUCCIONES PARA ENVIAR LA SOLICITUD

*** Vea el modelo de solicitud como referencia**

ALLIED: Electrónico / Envíe de Formulario Rellenable

Complete la solicitud en línea y cargue adjunta la carta de denegación

https://web.alliedgroup.org/Allied/application_premium-assistance

SUNSET SHORES: Envíe una copia impresa (por fax o correo electrónico)

Complete la copia impresa y envíela por fax o email de junto con la carta de denegación

Correo electrónico: PremiumAssistance@sunsetshoresfi.com
Fax gratuito 1-866-380-0149

Nombre del Empleado	Nombre del Empleador de Registro	Fecha
Teléfono del Empleado	Teléfono del Empleador de Registro	
Correo Electrónico del Empleado	Nombre del Consumidor (si es diferente del Empleador de Registro)	

YO CERTIFICO LO SIGUIENTE:

- He estado empleado durante 6 meses completos y he estado percibiendo un salario con el consumidor-empleador indicado anteriormente.
- Estoy empleado y he “trabajado activamente”, definido como: el recibir un salario o ser un apoyo identificado en un plan de atención/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 trabajo o a través de un cónyuge, y adjunto el formulario requerido que lo atestigua.
- Adjunto prueba de documentación de que he solicitado y se me ha denegado la cobertura a través de ambos [Medicaid](#) (Husky) y [Covered CT](#)

Yo, _____, declaro que no estoy actualmente asegurado, ni reúno los requisitos para estar en un seguro de salud de mi cónyuge ni de ninguna otra fuente de empleo.

Entiendo que esta auto declaración es necesaria para tener acceso al Artículo 13A del Convenio Colectivo (CBA), Contribución de Asistencia de Prima. El beneficio de la Contribución de Asistencia de Prima proporcionará hasta un máximo anual de \$5,000 y se calcula al 6% de mi salario total devengado durante los 6 meses anteriores de empleo activo por cada consumidor-empleador individual. Si no he trabajado 6 meses completos, entonces no seré elegible hasta que haya trabajado 6 meses completos. Por la presente certifico que las declaraciones que he dado anteriormente son verdaderas y exactas.

Firma del Empleado _____ Fecha _____.

ESTA SECCIÓN DEBE COMPLETARLA EL FI

¿Se proporcionó con la solicitud una prueba de la denegación de Medicaid (Husky) y Covered CT? S_ N_

¿Ha estado el empleado 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 la Ayuda con la Prima.

Nombre _____ Fecha _____