



## Autorización de deducción de la nómina del empleador

La persona que envía este formulario quiere que se hagan deducciones de su distribución de nómina y se envíen a Managed Health Services (MHS) para el pago de las primas del seguro de salud Healthy Indiana Plan (HIP). El empleado debe completar la información del empleado que aparece a continuación, y una copia del formulario completado debe enviarse por fax o por correo a MHS a la dirección que figura debajo en este formulario. Las deducciones de nómina asociadas a la solicitud de este empleado también deberán enviarse por correo a la dirección incluida más abajo. Póngase en contacto con Servicios al Miembro de MHS llamando al 1-877-647-4848 si tiene preguntas.

### Información del empleado

Nombre: \_\_\_\_\_

Número de identificación (ID) de miembro (MID) / Número de identificación (ID) de HIP: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio (debe ser el primer día del mes): \_\_\_\_\_

Cantidad que se retendrá cada período de pago: \$ \_\_\_\_\_

### Indique cómo se le paga:

Una vez por semana

Cada dos semanas

Una vez por mes

Otro (especifique): \_\_\_\_\_

### Autorización

Por la presente, autorizo a \_\_\_\_\_ a realizar deducciones de cualquier compensación o dinero que se me deba por la cantidad indicada arriba. El dinero deducido se aplicará a las contribuciones que se deben hacer a MHS, Incorporated por la participación en HIP. Las deducciones se efectuarán a lo largo del año calendario en curso, o hasta que ya no desee participar o finalice mi relación laboral.

Firma del empleado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Con la firma de este formulario, doy fe de haber leído y comprendido la autorización anterior.

### Información del empleador

Dirección de la nómina: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ ZIP: \_\_\_\_\_

Nombre de contacto: \_\_\_\_\_ Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

¿El empleador acepta este programa opcional para permitir las deducciones de los empleados y el envío a MHS?

Sí  No

Envíe este formulario por fax o por correo postal a MHS, Attn: HIP Billing, PO Box 441548, Indianapolis IN, 46244.  
FAX: 1-866-855-9947

El empleador y el empleado deben conservar una copia de este formulario.

