



P.O. Box 8738, Dayton, OH 45401-8738 | www.CareSource.com

## Autorización para deducción de nómina del empleador

La persona que presenta que este formulario desea que las deducciones se realicen de la distribución de la nómina y se envíen a CareSource para pagos de la contribución a la cuenta POWER (PAC) del Healthy Indiana Plan (HIP). El empleado debe completar la "Información del empleado" a continuación y una copia del formulario completo se debe enviar por fax o por correo postal a CareSource a la dirección que figura en la parte inferior de este formulario. Las deducciones de nómina relacionadas con la solicitud de este empleado también deben enviarse por correo a la siguiente dirección. Llame a Servicios para Afiliados al **1-844-607-2829** (TTY: 1-800-743-3333 o 711) si tiene preguntas.

### Información del afiliado del HIP (empleado):

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

N.º de RID: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

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

Fecha de inicio de la deducción: \_\_\_\_\_

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

Indique cómo se le paga: ☐ Semanal ☐ Cada dos semanas ☐ Mensual ☐ Otro (describa): \_\_\_\_\_

### Autorización

Por la presente autorizo a \_\_\_\_\_ a realizar deducciones de cualquier compensación o de cualquier dinero que se me adeude por el monto antes indicado. El dinero que se descuenta se aplicará a las contribuciones que se requiere que realice a CareSource, para la participación en el HIP. Las deducciones se tomarán por año calendario actual, o hasta que yo ya no desee participar o cese mi empleo.

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

Al firmar este formulario, certifico que he leído y comprendo la autorización anterior.

### Información del empleador:

Dirección de nómina: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

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

¿El empleador se compromete a este programa opcional de permitir deducciones de nómina del empleado y que se envíen de CareSource? ☐ Sí ☐ No

Envíe este formulario a:  
CareSource Billing Department  
P.O. Box 8738  
Dayton, OH 45401-8738

IN-MMED-0798; Primer uso: 3/1/2017

Aprobado por OMPP 03/01/2017