



**Medical Plan Offerings Effective January 1, 2019 through December 31, 2019
Acknowledgment of Offer of Coverage**

I acknowledge that I have been offered the opportunity to voluntarily elect or decline coverage for myself and my dependents under The Protocol Group’s Medical Plan. I acknowledge that if I am employed full time with this company which is at least 30 hour per week (or 130 hours per month) then I will be eligible for **The Protocol Group’s Plans**. I understand that Protocol will confirm my eligibility for enrollment. I understand that the waiting period for eligibility for insurance is 60 days from my first day worked (not to exceed 90 days for effective date of coverage). If I choose to accept health insurance, I must complete an enrollment form **online** and I agree to pay my portion of the insurance through a payroll deduction (listed below depending on what level of coverage I choose). **Spouse and Dependent coverage is available at an additional cost. Please see the employee orientation manual for further*

Healthcare Plan	Cost of Single Coverage Only
MVP Plan	9.56% of weekly gross earnings per week (ACA compliant)
MEC Plus Plan	\$32.44 per week (ACA compliant)
MEC Plan	\$13.85 per week (is required to satisfy your individual ACA penalty)

I acknowledge that documents describing the terms and conditions of coverage under The Protocol Group’s Medical Plans were provided to me. I further acknowledge that all relevant plan documents are posted on the Company’s website at www.protocolgroup.com. I also understand that if I have any questions about the Protocol Group’s Medical Plans, that I may contact the Human Resource Coordinator: 856-667-7500 ext. 1235.

You must check a box below if you are interested in enrolling or to decline The Protocol Group’s Plans. Visit the government healthcare marketplace for further health insurance options at <https://www.healthcare.gov> or 1.800.318.2596. No changes to an existing Acknowledgement of Offer of Coverage will be made without a change in writing by the employee.

If I am interested in one of Protocol’s Medical Plans, an insurance packet will be mailed to the address on file on or around 50 days after my first day worked. Instructions for enrolling **online** will be included in the medical packet that you will receive in the mail. We only offer **online enrollments. No paper enrollments will be accepted.** The effective date of insurance will be the first of the month following 60 days of work. I agree to a weekly payroll deduction for the cost of the insurance I select on a weekly basis.

I have had the opportunity to review these documents in advance of my acknowledgment. I understand that if I do not enroll when I am initially eligible, I must wait until the next open enrollment to enroll.

REQUIRED EMPLOYEE INFORMATION		
Name:	Signature:	
Last 4 of SSN: XXX-XX- _____	Today’s Date: / /	
Street Address:		
City:	State:	ZIP Code:
Telephone:	Email:	
ELECTION		
<input type="checkbox"/> Accept Health Insurance	<input type="checkbox"/> Decline Health Insurance (Please check reason)	
	<input type="checkbox"/> On government Healthcare Plan <input type="checkbox"/> Medicaid/ Medicare Eligible <input type="checkbox"/> On Spouse/ Parent’s Plan <input type="checkbox"/> Other (Please explain): _____	

*Completion of this form does not confirm coverage.
Medical insurance provided by this company is subject to change at any time.
Any change of plan eligibility, plan design or rates will be provided to employees. See company website for updates.*



**Ofrendas del Plan Médico eficaces 01 de enero 2019
(Medical Plan Offerings Effective January 1, 2019 through December 31, 2019)**

Reconocimiento de Oferta de Cobertura

Reconozco que se me ha ofrecido la oportunidad de elegir de manera voluntaria o rechazar la cobertura para mí y mis dependientes bajo el Plan Médico del Grupo Protocall . Yo reconozco que si soy empleado a tiempo completo con esta empresa que es al menos 30 horas por semana (o 130 horas al mes), entonces voy a ser elegible para los planes del Grupo Protocall . Entiendo que Protocall confirmará mi elegibilidad para la inscripción. Entiendo que el período de espera para la elegibilidad para el seguro es de 60 días a partir de mi primer día trabajado . Si elijo aceptar el seguro de salud , tengo que completar un formulario de inscripción en línea y estoy de acuerdo en pagar la porción del seguro a través de una deducción de nómina (listados abajo dependiendo de qué nivel de cobertura elijo) . * Esposo y la cobertura de dependientes está disponible por un suplemento . Por favor consulte el manual de orientación de empleados para obtener más detalles .

Healthcare Plan	Cost of Single Coverage Only
MVP Plan	9.56% of weekly gross earnings per week (ACA compliant)
MEC Plus Plan	\$32.44 per week (ACA compliant)
MEC Plan	\$13.85 per week(is required to satisfy your individual ACA penalty)

Reconozco que los documentos que describen los términos y condiciones de la cobertura de los Planes Médicos del Grupo Protocall fueron proporcionados a mí. Reconozco , además, que todos los documentos del plan pertinentes se publican en el sitio web de la compañía en www.protocallgroup.com . También entiendo que si tengo alguna pregunta sobre Planes Médicos del Grupo Protocall , para que pueda ponerse en contacto con el Coordinador de Recursos Humanos : 856-667-7500 ext . 1235 .

Usted debe comprobar un cuadro de abajo si usted está interesado en inscribirse o rechazar los planes del Grupo Protocall . Visita el mercado de la salud del gobierno para obtener más opciones de seguro de salud en <https://www.healthcare.gov> o 1.800.318.2596 . No hay cambios en un acuse de recibo actual de oferta de cobertura se harán sin un cambio en la escritura por el empleado.

Si estoy interesado en uno de los Planes Médicos de Protocall , un paquete de seguro será enviado a la dirección registrada en o alrededor de 50 días después de mi primer día de trabajo . Las instrucciones para la inscripción en línea se incluirán en el paquete médica que recibirá en el correo. Nosotros sólo ofrecemos inscripciones en línea. No se aceptarán inscripciones de papel. La fecha de vigencia del seguro será el primero del mes siguiente a 60 días de trabajo . Estoy de acuerdo en una deducción semanal de nómina para el costo del seguro selecciono sobre una base semanal .

He tenido la oportunidad de revisar estos documentos con antelación de mi reconocimiento . Entiendo que si no me inscribo cuando soy elegible por primera vez , tengo que esperar hasta la próxima inscripción abierta para inscribirse.

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO REQUERIDO			
Nombre:		Firma:	
última 4 of SSN: XXX-XX- ____ _		El día de hoy: / /	
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Teléfono:		Email:	
ELECCIÓN			
<input type="checkbox"/> Acepta el Seguro de Salud		<input type="checkbox"/> Rechazar Seguro de Salud (Por favor marque la razón)	
		<input type="checkbox"/> El Plan de Salud del gobierno	
		<input type="checkbox"/> elegible para Medicaid / Medicare	
		<input type="checkbox"/> El Plan de cónyuge / de los padres	
		<input type="checkbox"/> Otro (explicar)	

Rellenar este formulario no confirma la cobertura.

El seguro médico proporcionado por esta empresa está sujeta a cambios en cualquier momento. Cualquier cambio de la elegibilidad del plan , diseño o plan de tarifas será proporcionado a los empleados. Ver página web para las actualizaciones.