

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN

Organismo Gubernamental

**Certificación para Acogerse al Plan
de Salud Mancomunado (Cónyuge / Cohabitante¹)**

CERTIFICO que el (la) empleado (a) _____cuyo
Nombre

Número de Seguro Social es _____ **trabaja en este organismo Gubernamental /**

Es pensionado y su aportación patronal es \$_____. Que está casado(a) / cohabita, según
consta en el Certificado de Matrimonio, Certificado de Elegibilidad (Declaración Jurada) con

_____ cuyo número de seguro social es _____.
Nombre del Cónyuge/Cohabitante

Según informa el empleado, su **cónyuge**/cohabitante presta servicios o es pensionado en

_____ y su aportación patronal es \$_____. Certifico, además,

que el (la) empleado (a) no se ha acogido a ningún plan de salud a través de este organismo.

Fecha

Firma, Jefe Organismo Gubernamental o
su Representante Autorizado

Nota: Se preparará en original y dos copias. El original lo entregará el asegurado principal junto con la solicitud de ingreso al plan médico. Una copia la retendrá la Oficina de Recursos Humanos del cónyuge / cohabitante y la otra copia la retendrá el empleado.

Conservación: Seis años o una intervención del contralor, lo que ocurra primero.

¹Para todos los fines de este formulario, la definición de "personas cohabitantes" es aquella especificada en el Reglamento 8398 del 31 de octubre de 2013, conocido como "Reglamento para la Contratación de los Planes de Beneficios de Salud para los Empleados Públicos".