



Centro de facturación y pago

PO Box 1768

La Porte, IN 46350

Teléfono: 866-539-4092

Fax: 219-362-4422

Formulario de contribución del empleador y otro tercero de MDwise Healthy Indiana Plan (HIP)

Este formulario se utiliza para coordinar el pago de las contribuciones de la cuenta POWER de los miembros del Healthy Indiana Plan. Complete la información a continuación para que podamos aplicar el pago y publicarlo correctamente.

Todos los campos deben completarse para una aplicación de pago adecuada.

¿Qué tipo de entidad es usted? Empleador Organización sin fines de lucro (501c-3) Otro tercero

Complete la siguiente información en su totalidad, excepto donde se indique como opcional:

Nombre de la entidad legal		Dirección de facturación (incluya ciudad, estado y código postal)	
Número de identificación del empleador (EIN) o número de identificación fiscal			
		Número de teléfono del contacto principal	
Nombre del contacto principal			
Correo electrónico del contacto principal (opcional)		Número de fax del contacto principal (opcional)	

- Frecuencia de contribución preferida:
- Contribución única
 - Contribución mensual
 - Contribución del período de beneficios (anual)

- Seleccione su tipo de pago de las opciones disponibles:
- Cheque comercial/de caja o giro postal
 - Tarjeta de crédito
 - ACH/E-check

Al firmar este documento, yo afirmo que estoy autorizado a emitir Nombre en letra imprenta dinero en nombre de la empresa u organización mencionada anteriormente, que certifica que la información de los miembros (enumerados en la página siguiente) se obtuvo con permiso, que los miembros dan su consentimiento a la contribución de PAC, y que un formulario de consentimiento de HIPAA firmado o un comprobante de empleo que cubra la fecha de contribución se puede presentar a pedido por un período de al menos siete años después de que se realiza el pago.

Firma: _____ Fecha:

Título:

