



Must be received in the Benefits Office no later than November 18, 2009

2010 Enrollment Form

Open enrollment is November 3, 2009 – November 18, 2009
Return to: Houston Independent School District
Benefits Department
4400 West 18th Street
Houston, TX 77092-8501

Discount Benefit Plan + Flexible Spending Account (FSA) Plan Year 2010

For benefits-eligible employees NOT enrolled in the district's medical plan with a salary of \$25,000 or less. If salary is \$20,000 or less, then the plan cost is free. If salary is \$20,001 - \$25,000, then the plan cost is \$2.50 for 24 pay periods.

I wish to enroll in the above plan:

First Name: Last Name:

Employee ID:

Flexible Spending Account: A \$500 Flexible Spending Account (FSA) debit card that can be used for health-care-related costs for you and your eligible dependents...

Discount Benefit Plan: This plan provides discounts on health care including physician and hospital care, prescription drugs, dental, vision, chiropractic, and hearing aids.

Authorization and Request for Payroll Deductions: I hereby authorize and request that the Houston Independent School District, my employer, deduct from my salary or wages the necessary amounts to pay for this plan.

This option is not available to those who are Medicare-eligible. I certify that I and my eligible dependents are not Medicare-eligible.

Initials box

I understand that if I enroll in the Discount Benefits Plan + FSA for 2010, then I will NOT be enrolled in any of the HISD medical plans.

initials

Signature: Date:

For more information, go to www.hisdbenefits.org; reference Discount Benefits Plan or call 1-877-780-HISD (4473). Benefits specialists are available 7 a.m. to 7 p.m. Central Time, weekdays, except holidays.

THIS IS NOT INSURANCE



Debe ser recibido en la
Oficina de Beneficios
no más tarde del 18 de
noviembre de 2009

2010 Hoja de inscripción Inscripción abierta desde el 3 al 18 de noviembre de 2009

Devueiva esta hoja a: Houston Independent School District
Benefits Department
4400 West 18th Street
Houston, TX 77092-8501

Plan de descuentos + Cuenta de gaston flexible (FSA) Año 2010

Para los empleados elegibles a obtener beneficios que gana \$25,000 por año o menos y no están inscritos en el plan de seguro médico del distrito. Si el salario anual es \$20,000 o menos, el plan es sin costo. Si el salario anual es entre \$20,001 y \$25,000, el costo es \$2.50 por 24 períodos de pago.

Deseo inscribirme en el plan indicado arriba:

Nombre: _____ Apellido: _____

No. de id. del empleado: _____

A Cuenta de gastos flexible: Una tarjeta de débito de \$500 que puede usarse para gastos relacionados al cuidado médico para usted y sus dependientes (a quienes usted incluye cuando llena el formulario para impuestos federales). Esta tarjeta debe ser presentada cuando usted incurre gastos relacionados a su salud, como por ejemplo, una visita al doctor. Su porción de la cuenta, hasta \$500 o la cantidad remanente en la tarjeta, puede ser cobrada a su tarjeta en vez de tener que pagar en efectivo.

Plan de descuentos: Este plan provee descuentos para tratamientos que incluyen cuidado médico y hospitalario, recetas médicas, tratamiento dental, visión, servicios quiroprácticos y audífonos. Es un plan de descuento y no un programa de seguro. Ciertos proveedores ofrecen descuentos para los servicios mencionados arriba, y, en combinación con la tarjeta FSA, el plan puede reducir sus gastos para dichos servicios.

Autorización y solicitud para deducciones salariales: Yo, por medio de este documento, autorizo y pido al Distrito Escolar Independiente de Houston, mi empleador, que deduzca de mi salario o sueldo la cantidad necesaria para pagar en este plan. Entiendo que se deducirá la cantidad de \$2.50 de mi salario en 24 períodos de pago. Esta cuota será exenta si mi salario anual (no incluyendo horas extras) es \$20,000 o menos. Si mi salario anual es mas de \$25,000 (sin incluir horas extra), entonces yo no califico para participar en este plan.

Esta opción no está disponible a las personas elegibles para *Medicare*. Declaro que mis dependientes y yo no calificamos para obtener beneficios de *Medicare*.



Entiendo que si me inscribo en el Plan de Descuentos + FSA de 2010 entonces no puedo inscribirme en ningun otro plan médico de HISD.

initials

Firme Aquí: _____ **Fecha:** _____

Para más información, visite www.hisdbenefits.org; Referencia: *Discount Benefits Plan* Si necesita ayuda o información en español, llame a Benefits Outlook al 1-877-780-HISD (4473). Hay personal especializado disponible de lunes a viernes, de 7 a.m. a 7 p.m., horario central, para contestar sus preguntas, ayudarle a inscribirse o a llenar los formulario.

ESTO NO ES SEGURO MÉDICO