

**PRIMA DE BADGERCARE PLUS
MIEMBRO / EMPLEADOR TRANSFERENCIA
ELECTRÓNICA DE FONDOS
INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR**

BadgerCare Plus requiere cierta información para autorizar y pagar por los servicios médicos proporcionados a los miembros inscritos.

Se requiere que los miembros brinden a los proveedores información completa, correcta y veraz para la presentación de reclamos de reembolso correctos y completos. Esta información incluirá, entre otras, información sobre el estado de la inscripción, el nombre exacto, la dirección y el número de identificación.

Bajo s .49.45(4), Wis. Stats., la información de identificación personal sobre los solicitantes y los miembros es confidencial y se utiliza para fines directamente relacionados con la administración del programa, como el pago de primas por parte de los miembros. Si no se proporciona la información solicitada en el formulario, se puede denegar el pago de los servicios.

INSTRUCCIONES

El formulario para Transferencia Electrónica de Fondos del miembro/empleador, F-13026, puede ser utilizado por los miembros que están haciendo sus propios pagos, así como por los empleadores que están reteniendo pagos en nombre de los empleados que tienen BadgerCare Plus.

Complete este formulario para BadgerCare Plus para deducir automáticamente los fondos de la cuenta de cheques o de ahorros el tercero de cada mes para el pago de la prima de BadgerCare Plus. Si el tercero cae un fin de semana o día feriado, los fondos se tomarán de la cuenta el siguiente día hábil. Los empleadores deben completar un formulario por separado para cada empleado. Para que los fondos se retiren automáticamente, complete la sección del formulario que dice "Complete la información a continuación":

- **Banco / Institución de ahorros y préstamos (Savings and Loan) / Cooperativa de crédito receptor (Credit Union)**
Escriba el nombre del banco, institución de ahorros y préstamos o cooperativa de crédito en el espacio correspondiente. Si se trata de una sucursal, escriba esa información bajo "Sucursal". Incluya la ciudad, el estado y el código postal donde se encuentra el banco, la institución de ahorros y préstamos o la cooperativa de crédito. Utilice la información de la sucursal que visita con más frecuencia.
- **Tipo de cuenta**
Marque la casilla para el tipo de cuenta, cheque o ahorro, de la que se deben tomar los fondos.
- **Número de ruta de tránsito bancario y número de cuenta bancaria**
Estos números se pueden encontrar en la parte inferior de sus cheques y comprobantes de depósito. **Se debe adjuntar un cheque cancelado o comprobante de depósito al formulario de Transferencia Electrónica de Fondos (EFT).** El número de ruta de tránsito bancario es los primeros nueve dígitos. El siguiente número, de hasta 17 dígitos de longitud, es el número de cuenta bancaria. Comuníquese con el banco, la institución de ahorros y préstamos o la cooperativa de crédito para aclarar estos números.
- **Nombre(s) y firma(s)**
Escriba los nombres del propietario y copropietario de la cuenta si se trata de una cuenta conjunta. Indique el número de identificación de la persona que es el director del caso o la persona a cargo de BadgerCare Plus para la familia.
- **Firma — Empleador**
Si el miembro decide hacer el pago de la prima usando la retención salarial del empleador, y el empleador decide pagar usando la Transferencia Electrónica de Fondos (EFT), el empleador tendrá que llenar y firmar el formulario EFT.

El propietario de la cuenta y el copropietario de la cuenta, si se trata de una cuenta conjunta, deben firmar y fechar el formulario.

Si hay alguna pregunta con respecto a la información anterior, llame al 1-888-907-4455.

PRIMAS DE BADGERCARE
TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA DE FONDOS PARA MIEMBROS/EMPLEADORES

INSTRUCCIONES: Escriba a máquina o en letra de molde de manera clara. Antes de completar este formulario, lea las Instrucciones para completar el formulario de Transferencia Electrónica de Fondos para Miembros/Empleadores, F-13026A. **Se debe adjuntar un cheque cancelado o comprobante de depósito a este formulario para verificar la información correcta.**

Nombre(s) en la cuenta

BadgerCare Plus

Doy permiso a BadgerCare Plus para comenzar a sacar dinero de mi (nuestra) cuenta de cheques/ahorros nombrada a continuación, en el banco / institución de ahorros y préstamos / cooperativa de crédito nombrada a continuación.

Complete la siguiente información.

Banco / Institución de ahorros y préstamos / Cooperativa de crédito

Sucursal

Dirección — Banco / Institución de ahorros y préstamo / Cooperativa de crédito (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)

Tipo de cuenta: % Cheques % Ahorros

Número de ruta de tránsito bancario (número de nueve dígitos)

Número de cuenta bancaria (máximo 17 dígitos)

Este permiso permanecerá en vigor hasta que BadgerCare Plus haya recibido una notificación por escrito de mí (cualquiera de nosotros) de que se cancele, con el fin de permitir a BadgerCare Plus y al US Bank una oportunidad razonable para actuar al respecto. Si pierdo mi elegibilidad de BadgerCare Plus, entiendo que mi Transferencia Electrónica de Fondos terminará.

Nombre — Propietario de la cuenta

Número de identificación del director del caso

FIRMA — Propietario de la cuenta

Fecha de la firma

FIRMA — Copropietaria de la cuenta (si corresponde)

Fecha de la firma

FIRMA — Empleador (si corresponde)

Fecha de la firma

Todas las autorizaciones de deuda por escrito deben prever que el receptor puede revocar la autorización sólo notificando al originador en la forma en que se especifica en la autorización.

DISTRIBUCIÓN Envíe el formulario completo por correo a la siguiente dirección:

BadgerCare Plus Cash/Premium Unit
313 Blettner Blvd.
Madison, WI 53714
Teléfono: 1-888-907-4455
Fax: 1-608-251-1513