



**Centro de facturación y pagos**

PO Box 1768  
La Porte, IN 46350  
Teléfono: 866-539-4092  
Fax: 219-325-5867

**Formulario de contribución del empleador y otros terceros de MDwise  
Healthy Indiana Plan (HIP)**

Este formulario se utiliza para coordinar el pago de las contribuciones a la cuenta POWER de los miembros de Healthy Indiana Plan. Complete la información a continuación para que podamos aplicar el pago y contabilizarlo correctamente. Todos los campos deben completarse para la correcta aplicación del pago.

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

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

Nombre de la entidad legal	Dirección de facturación (incluya ciudad, estado y código postal)
Número de identificación del empleador (EIN) o identificación fiscal	
Nombre del contacto principal	Número de teléfono 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 al período de beneficios (anual)

Seleccione su tipo de pago entre las opciones disponibles:     Cheque comercial/de caja o giro bancario  
   Tarjeta de crédito  
   ACH/cheque electrónico

Al firmar este documento, yo \_\_\_\_\_, afirmo que estoy autorizado a emitir

Nombre en letra de imprenta  
fondos en nombre de la empresa u organización mencionada anteriormente, lo que certifica que la información de los miembros (que figuran en la página siguiente) se obtuvo con permiso, que los miembros dan su consentimiento para la contribución del PAC en su nombre, y que puede presentarse, previa solicitud, un formulario de consentimiento de la HIPAA firmado o un justificante de empleo que cubra la fecha de la contribución durante un período de al menos siete años tras la realización del pago.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

**Nota importante:** Si realiza un pago único o si otro tercero ya ha efectuado una contribución a la cuenta POWER del miembro, cualquier importe que exceda el importe de la contribución anual restante del miembro se le reembolsará al final del período de beneficios del miembro.

<b>Nombre del miembro</b>	<b>Número RID</b>	<b>% de contribución mensual <b>O</b> \$ de pago único</b>