

# solicitud

## de excepción para definición de hijo dependiente



Se solicita cobertura para mi(s) dependiente(s) enlistado(s) a continuación:

Nombre	Fecha de nacimiento	Parentesco con ambos Empleado y su cónyuge
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

1. (a) ¿Qué porción de la pensión alimenticia del hijo/menor de edad es otorgada por el empleado?

\_\_\_\_\_

(b) ¿Tiene derecho a deducciones fiscales sobre el Impuesto Federal sobre la Renta (Federal Income Tax) con respecto a la pensión alimenticia del menor?

\_\_\_\_\_

2. ¿Existe alguna documentación legal involucrada, tal como un acta de divorcio?

\_\_\_\_\_

3. ¿Cuál es la situación de los padres biológicos? - ¿Fallecieron?, ¿Están divorciados?, ¿Dónde viven actualmente?

\_\_\_\_\_

4. ¿Por cuánto tiempo ha existido el acuerdo actual sobre la pensión alimenticia?

\_\_\_\_\_

5. ¿Dónde reside el menor actualmente?

\_\_\_\_\_

6. ¿Quién es legalmente responsable de los gastos médicos del menor?

\_\_\_\_\_

Nombre del empleado \_\_\_\_\_

Número de póliza \_\_\_\_\_

Nombre de la persona asegurada \_\_\_\_\_

Número de certificado \_\_\_\_\_

**Envíe por correo esta solicitud a:** First Ameritas  
Suite 304  
400 Rella Blvd.  
Suffern, NY 10901