



# CALIFORNIA HISPANIC CHAMBER OF COMMERCE

## Cuestionario del Empleador

### Información del Empleador *(Favor de Imprimir)*

Nombre del Negocio:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Breve Descripción del Negocio: (es decir, Restaurante, Floral, etc.)

Número de Miembro de California Hispanic Chamber of Commerce:

Número Estimado de Empleados a Tiempo Completo:

Número Estimado de Empleados a Tiempo Parcial:

Nombre de Contacto:

Teléfono de la Persona de Contacto:

Correo Electrónico de la Persona de Contacto:

### CONTRIBUCIÓN DEL EMPLEADOR

El Empleador no contribuirá a ningún programa

El Empleador contribuirá \_\_\_\_\_%

**(Un Representante se comunicará con usted para determinar la cantidad exacta y los programas)**

### SU FIRMA

Nombre Imprimido:

Título:

Firma:

Fecha:

Esta NO es una solicitud de cobertura de atención médica. Este formulario está sujeto a la aprobación de Apogee Members LLC. d / b / a Apogee Health Insurance Solutions. No cancele la cobertura existente hasta que se apruebe por escrito.

Este formulario no vincula al firmante a ninguna responsabilidad financiera por los productos inscritos por ellos mismos o por sus empleados, a menos que se informe y se acuerde en una solicitud de cobertura por separado.

**Favor de Devolver Este Formulario A:**

**Fax: 866-402-4243**

**Correo Electrónico:**  
**info@apogeehealth.solutions**

**Correo: CHCC Health**  
**PO Box 585**  
**Rosemont, IL 60018**