

2019 Formulario del Crédito del No-Fumador/Tabaco

Los empleados en el Plan Medico deben completar este formulario para calificar para los \$5 por semana crédito de no fumar y usar tabaco. Por favor, proporcione la información solicitada en lo que respecta al uso del tabaco o fumar.

Información del Participante (Por favor imprime)

Nombre del Empleado	Compania	Ciudad y Estado	Numero de Division	Fecha

Estado de Fumar y Tabaco

De firmar este formulario, Yo certifico:

A partir de hoy, no he usado productos de Tabaco o fumado y comprometo de no usar ningún producto de tabaco o fumar en 2019. Estoy de acuerdo de avisar al departamento de Recursos Humanos/Payroll si empiezo a usar productos de tabaco o fumar en 2019 o en el futuro.

Firma de Empleado _____ Fecha _____

Por favor complete y envíe por correo, fax o correo electrónico al departamento de Recursos Humanos.

AmeriBen

3449 E. Copper Point Dr.
Meridian, ID 83642

Atencion: Monique Maciel

Phone:(208) 955-1391

Fax:(208) 424-0595

Attention: Monique Maciel

e-mail: mmaciel@ameriben.com

