



INSTRUCCIONES PARA WORKDAY



Ganancias o pérdidas de asociados o dependientes Otra cobertura

INFORMACIÓN IMPORTANTE

Período de elegibilidad para cambio de beneficios

- Debe completar el proceso de inscripción en Workday **en un plazo de 30 días a partir del evento de vida** o tendrá que esperar hasta la próxima inscripción abierta para realizar cambios en los beneficios que entrarán en vigor el 1.º de enero del próximo año.

Cobertura de dependientes

- Solo los dependientes elegibles se pueden agregar a sus planes de beneficios. Haga clic [aquí](#) para obtener más información sobre la elegibilidad de los dependientes.

Deducciones de nómina

- Si se inscribió después de su fecha de entrada en vigor, las deducciones de beneficios se aplicarán de manera retroactiva. Esto significa que se deducirán montos adicionales de su próximo cheque de pago para cubrir el período omitido.

EDUCACIÓN Y ORIENTACIÓN SOBRE BENEFICIOS

Sitio web de recursos sobre beneficios de DTFOC

Visite www.dtfamilybenefits.com o escanee el código QR.

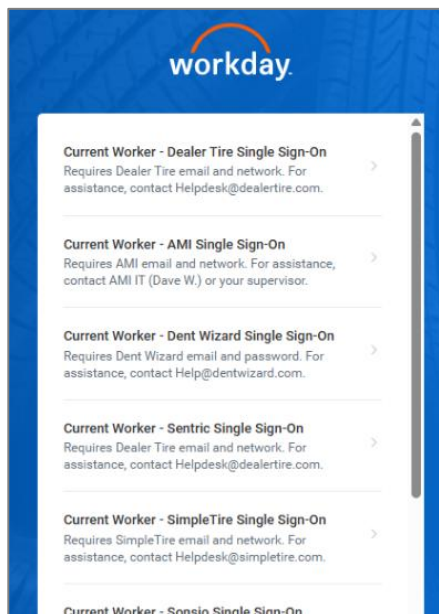
- Contiene toda la información sobre sus beneficios, los documentos del plan y los contactos.
- Acceda a avisos importantes para empleados.



INICIAR SESIÓN EN WORKDAY

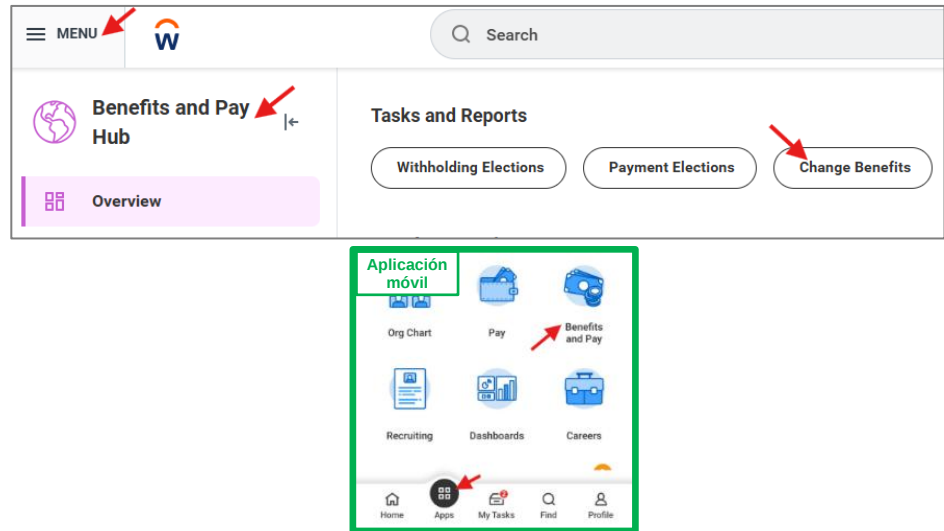
1. Inicie sesión desde una computadora o a través de la aplicación Workday en su dispositivo móvil:
<https://wd5.myworkday.com/wday/authgwy/dealertire/login.html>.
2. Ingrese su dirección de correo electrónico de inicio de sesión en la red o el nombre de usuario de Outlook y la contraseña.

Para obtener ayuda para iniciar sesión, haga clic [aquí](#) para enviar una solicitud de ayuda.



ASOCIADO O DEPENDIENTE OBTIENE/PIERDE OTRA COBERTURA

1. Vaya a **Benefits and Pay Hub** (Centro de pago y beneficios).
2. Haga clic en el botón **Change Benefits** (Cambiar beneficios).



3. Seleccione **Associate or Dependent Gains/Loses Other Coverage** (Asociado o dependiente obtiene/pierde otra cobertura).
4. Ingrese la fecha del evento de beneficios:
 - Si OBTIENE cobertura, ingrese la primera fecha de cobertura en el plan DTFOC.
 - Si PIERDE cobertura, ingrese el primer día SIN cobertura en el plan DTFOC.
5. Si usa la aplicación móvil, haga clic en **Done** (Finalizado).

Change Reason *

☒ Associate or Dependent Gains/Loses Other Coverage

☐ Beneficiary Change

☐ Death of Dependent

☐ Dependent Care FSA Change

☐ Health Savings Account Change

☐ HealthWise Wellbeing Program Enrollment Change

If GAIN, first day of coverage on DT plan, OR if LOSS, first day NOT covered on the DT plan *

MM/DD/YYYY

¡IMPORTANTE! SE REQUIERE DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO

Deberá adjuntar documentación de respaldo que indique la **fecha en que finaliza la otra cobertura** o la **fecha en que comienza la nueva cobertura** (es decir, un documento de un empleador, una carta de una compañía de seguros o una carta de Medicaid/Medicare).

1. Haga clic en **Select files** (Seleccionar archivos).
2. Busque y seleccione el documento o imagen de respaldo.
3. Haga clic en **Open** (Abrir).
4. Si usa la aplicación móvil, haga clic en **Done** (Finalizado).
5. Haga clic en **Submit** (Enviar).

Drop files here

or

Select files

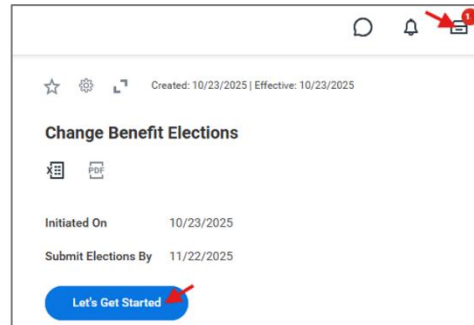
Submit

ATENCIÓN: NO HA TERMINADO

Se revisarán su documentación de respaldo y la fecha de entrada en vigor. El Equipo de Beneficios le notificará una vez que se apruebe. Después de la aprobación, debe seguir el resto de los pasos descritos en estas instrucciones.

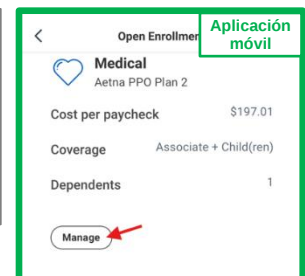
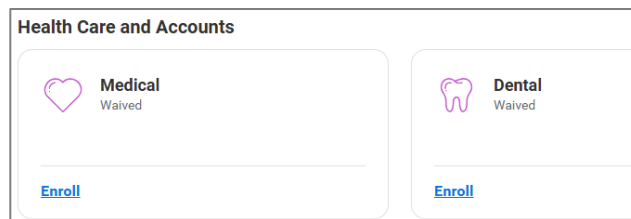
REGRESE A WORKDAY PARA COMPLETAR LOS CAMBIOS EN SUS BENEFICIOS

1. Vaya al **evento Benefit Change – Associate or Dependent Gain/Loses Other Coverage (Cambio de beneficio – Asociado o dependiente obtiene/pierde otra cobertura)** en **My Tasks (Mis tareas)**.
2. Haga clic en **Let's Get Started (Comencemos)**.

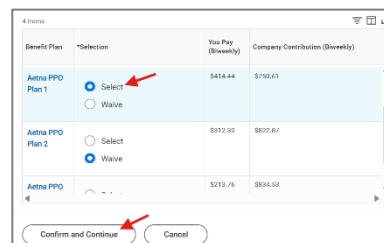


INSCRIBIRSE/ADMINISTRAR PLANES DE BENEFICIOS

1. Haga clic en **Enroll (Inscribirse)** o en **Manage (Administrar)** en cada plan de beneficios que desee actualizar.

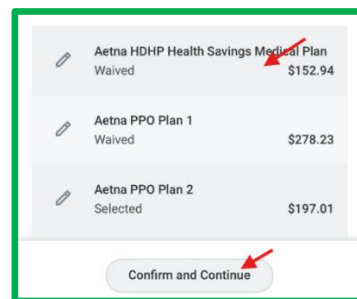
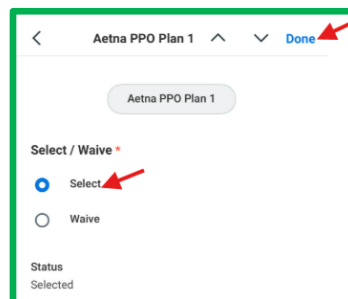


2. Haga clic en **Select (Seleccionar)** en el plan de beneficios en el que desee inscribirse o que desee actualizar.



3. Si usa la aplicación móvil, haga clic en **Done (Finalizado)**.

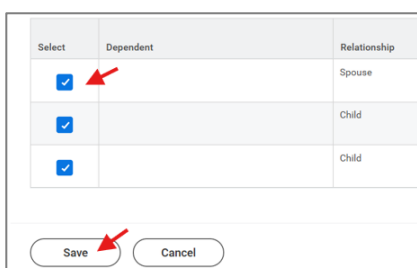
4. Haga clic en **Confirm and Continue (Confirmar y continuar)**.



5. Marque la casilla junto a cada dependiente que desee cubrir.

Siga los pasos de la siguiente sección para [agregar un nuevo dependiente](#).

6. Haga clic en **Save (Guardar)** para continuar.



AGREGAR UN NUEVO DEPENDIENTE

Solo los dependientes elegibles pueden estar cubiertos en sus planes de beneficios. Los dependientes elegibles generalmente incluyen a su cónyuge legalmente casado y a hijos de hasta 26 años. Pueden aplicarse algunas limitaciones de edad a programas de seguro específicos. Los hijos pueden incluir hijos biológicos, adoptados, hijastros o menores bajo la tutela legal designada por un tribunal.

1. Haga clic en **Add a New Dependent (Agregar nuevo dependiente)**.
2. Lea la información importante sobre cómo agregar un dependiente y luego haga clic en **OK (Aceptar)** para continuar.
3. Los usuarios de la aplicación móvil deben hacer clic en **Next (Siguiente)**.

En las siguientes páginas, deberá ingresar toda la **información obligatoria***.

4. Información personal:

- **Relación**
- **Fecha de nacimiento**

5. **Sexo** Ingresar nombre:

- **Nombre**
- **Apellido**

6. Agregue la dirección (3 opciones):

1. Haga clic en **Use Existing Address (Usar la dirección existente)** para usar la de su registro.

2. Haga clic en **Search Address (Buscar dirección)**. Comience a escribir la dirección. Seleccione la dirección de la lista.

3. Agregue la dirección de forma manual.

7. Identificación nacional -

Número de Seguro Social:

- Haga clic en **Add (Agregar)**.
- Haga clic para seleccionar **United States of America (Estados Unidos de América)**.
- Haga clic para abrir el menú.
- Seleccione **Social Security Number (SSN) (Número de Seguro Social)**.
- Ingrese el **número de Seguro Social**.

National IDs

Click the Add button to enter one or more National Identifiers for this dependent.

Add

Country *

Search

Recommended

+ Uruguay + United Kingdom

+ Venezuela

+ United States of America

National ID Type *

X Social Security Number (SSN)

Search

☒ Social Security Number (SSN)

☐ U.S. Individual Taxpayer Identification Number (ITIN)

Add/Edit ID *

8. Haga clic en **Save (Guardar)** para guardar el registro del nuevo dependiente.

Save

¡Importante! Los números de Seguro Social (SSN) son obligatorios para todos los cónyuges e hijos cubiertos. Si no cuenta con el SSN al momento de la inscripción, debe completar el campo **Reason SSN is Not Available (Razón por la que el SSN no está disponible)** para continuar. Una vez que obtenga el SSN, podrá actualizar el registro de su dependiente más adelante.

9. Seleccione **Reason SSN is Not Available (Razón por la que el SSN no está disponible)** e ingrese la razón. Luego haga clic en **Save (Guardar)**.
Si usa la aplicación móvil, haga clic en **Done (Finalizado)**.

You have dependents covered under your health care plan without a Social Security Number. Enter their Social Security Number (SSN) or Reason SSN is Not Available if you don't have access to their number at this time.

Dependent Social Security Numbers 1 item

Dependent	*Social Security Number
Jane White	☐ Social Security Number (SSN) _____ ☒ Reason SSN is Not Available Will provide later

Save Cancel

Aplicación móvil

Jane White ^ v Done

Social Security Number

☐ Social Security Number (SSN) _____

☒ Reason SSN is Not Available
Will provide later

Complete los pasos 1 a 9 para agregar nuevos dependientes adicionales.

1. Marque la casilla junto a cada dependiente que desee cubrir.
2. Haga clic en **Save (Guardar)** para continuar.

Select	Dependent	Relationship
☒		Spouse
☒		Child
☒		Child

Save Cancel

CERTIFICACIÓN DE RECARGO PARA CÓNYUGES CON COBERTURA MÉDICA

¡Importante! Si elige dar cobertura médica a través de DTFOC a su cónyuge y este tiene acceso a cobertura médica a través de su propio empleador, se aplicará un recargo antes de impuestos de \$46.15 cada dos semanas (o \$100 por mes) para el cónyuge o la pareja de hecho. Debe completar la siguiente declaración para determinar si debe pagar el recargo.

1. Haga clic en **Enroll (Inscribirse)**.

Medical-Spousal Surcharge

Waived

Enroll

- Haga clic en **Select (Seleccionar)**.
- Haga clic en **Confirm and Continue (Confirmar y continuar)**.

Para usuarios de la aplicación móvil

- Haga clic para editar.
- Marque la casilla **Select (Seleccionar)**.
- Haga clic en **Done (Finalizado)**.
- Haga clic en **Confirm and Continue (Confirmar y continuar)**.

- Haga clic en **Coverage (Cobertura)** para abrir la certificación.

Puede seleccionar **que no se le cobre** el recargo si su cónyuge cumple con las siguientes condiciones:

- También es empleado de DTFOC.
- Es trabajador independiente o desempleado.
- Se jubiló sin otra cobertura médica grupal disponible.
- Es elegible para Medicare/Medicaid/Tricare sin otra cobertura médica grupal disponible.

- Lea y seleccione una respuesta:

***obligatorio.**

- Haga clic en **Save (Guardar)**.

ENVIAR LAS SELECCIONES DE INSCRIPCIÓN

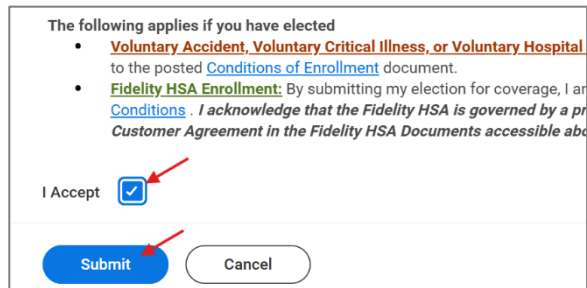
- En la parte inferior de la pantalla, haga clic en **Review and Sign (Revisar y firmar)**.

En la siguiente página, desplácese para ver la página View Summary (Ver resumen) y revisar la inscripción seleccionada. **La información de sus beneficios aún no se ha enviado.** Si necesita hacer más cambios:

- Haga clic en el **botón Back (Atrás)** para regresar a la pantalla de inscripción anterior.
- Haga los cambios.
- Luego, haga clic en **Review and Sign (Revisar y firmar)** nuevamente.

2. En la parte inferior de la página **View Summary (Ver resumen)**, marque la casilla **I Accept (Acepto)**.
3. Haga clic en **Submit (Enviar)**.

Si no marca la casilla **I Accept (Acepto)**, recibirá una advertencia y sus beneficios no se enviarán.



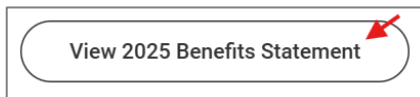
The following applies if you have elected

- [Voluntary Accident, Voluntary Critical Illness, or Voluntary Hospital](#) to the posted [Conditions of Enrollment](#) document.
- [Fidelity HSA Enrollment](#): By submitting my election for coverage, I am acknowledging that the Fidelity HSA is governed by a prior Customer Agreement in the Fidelity HSA Documents accessible above.

I Accept ☒

[Submit](#) [Cancel](#)

4. En la página final enviada, haga clic en **View 2025/2026 Benefits Statement (Ver la declaración de beneficios de 2025/2026)** para ver, guardar o imprimir la confirmación final de elección de beneficios para su registro.



[View 2025 Benefits Statement](#)

¡Sus cambios en los beneficios ya están completos!

Si su cobertura entró en vigor en el pasado, se le cobrará de forma retroactiva por los cambios en su próximo cheque de pago.

¿Aún tiene preguntas o necesita más ayuda? Haga clic [aquí](#) para presentar una solicitud de ayuda en The Hub.