

# Formulario de Inscripción y de Beneficiario

Afiliación de sindicato local  655  881  534  700

## Marque todas las que correspondan

 Cambio de elección  Nuevo miembro  Agregar o retirar cónyuge  Agregar o retirar menor dependiente  Cambio de beneficiario  Actualización  Cambio de dirección

sección 1	Nombre del miembro	<input type="radio"/> masculino <input type="radio"/> femenino	Fecha de nacimiento	Número de seguro social
	Dirección del miembro			Número de teléfono del miembro
	Dirección de correo electrónico del miembro	Nombre del empleador		Número de teléfono del empleador
	<input type="radio"/> Soy fumador en la actualidad <b>Según las pautas del Plan, la definición de fumar es la inhalación de tabaco encendido, incluidos los cigarrillos, los cigarros y las pipas.</b>			<input type="radio"/> NO soy fumador en la actualidad
<input type="radio"/> Soltero	<input type="radio"/> Casado (fecha)	<input type="radio"/> Divorciado (fecha)	<input type="radio"/> Viudo (fecha)	<input type="radio"/> Separado legalmente (fecha)

## Rechazo de TODOS los beneficios de salud y asistencia social

Yo, \_\_\_\_\_, rechazo TODOS los beneficios de salud y de asistencia social y entiendo que mi familia y yo no seremos elegibles hasta el próximo período de inscripción abierta anual, salvo que se dieran circunstancias excepcionales. (Complete la sección 1 y firme y feche esta sección [2]).

Firma del miembro

Fecha

## Inscripción del cónyuge en su Plan

Si inscribe a su cónyuge, complete el Formulario de verificación de cobertura conyugal.

sección 3	Nombre del cónyuge	<input type="radio"/> masculino <input type="radio"/> femenino	Fecha de nacimiento	Número de seguro social del cónyuge
	Dirección del cónyuge			Fecha de casamiento
	Número de teléfono del cónyuge	Dirección de correo electrónico del cónyuge	¿Su cónyuge trabaja en relación de dependencia? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No o autónomo	

## Elección de inscripción

El Contrato Colectivo de Trabajo puede permitirle al empleador la deducción de aportes laborales semanales antes de los impuestos referidos como parte de la prima o sobrepago al cónyuge. Para estas tarifas, haga referencia a su contrato colectivo de trabajo ubicado en el sitio web de su sindicato local.

Elijo beneficios para los siguientes familiares:  Solo empleado  Empleado y cónyuge  Empleado y menores  Empleado y familiares

## Mencione el beneficiario del seguro de vida

(otra persona aparte de usted).

sección 5	Nombre del beneficiario	Relación de beneficiario
	Dirección del beneficiario	Teléfono del beneficiario

## Cambio de dirección de la persona dependiente

(Presente una prueba de cambio de nombre como un certificado de matrimonio o una licencia de conducir).

sección 6	Nombre de la persona dependiente	<input type="radio"/> masculino <input type="radio"/> femenino	Fecha de nacimiento	Número de seguro social de la persona dependiente
	Dirección de la persona dependiente			Número de teléfono de la persona dependiente

continúa

## Formulario de Inscripción y de Beneficiario

### Menores dependientes elegibles para la inscripción en su Plan

#### Primera persona dependiente elegible

Nombre del menor dependiente	<input type="radio"/> masculino <input type="radio"/> femenino	Fecha de nacimiento	Número de seguro social
Nombre del padre biológico	Fecha de nacimiento del padre biológico		Empleador del padre biológico
Dirección del empleador del padre biológico			Número de teléfono del empleador del padre biológico
Nombre de la madre biológica	Fecha de nacimiento de la madre biológica		Empleador de la madre biológica
Dirección del empleador de la madre biológica			Número de teléfono del empleador de la madre biológica
¿Los padres biológicos están divorciados? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Si respondió "Sí", escriba el nombre y la dirección del padre o de la madre que tenga la custodia.			
¿Envío una copia de la Sentencia de divorcio al Fondo? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Si respondió "No", presente una copia ajuntada a este formulario.			
¿La corte estableció que alguno de los padres se encargue de las facturas médicas? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Si respondió "Sí", escriba la información de los padres responsables a continuación.			
Nombre de padre o madre responsable	Fecha de nacimiento de padre o madre responsable	Número de teléfono de padre o madre responsable	
Número de seguro social de padre o madre responsable	Dirección de padre o madre responsable		
Compañía de seguros del padre o la madre responsable	Dirección de la compañía de seguros del padre o la madre responsable		
Número de teléfono de la compañía de seguros del padre o la madre responsable	Número de la póliza	Fecha de vigencia de la póliza	

#### Segunda persona dependiente elegible

Nombre del menor dependiente	<input type="radio"/> masculino <input type="radio"/> femenino	Fecha de nacimiento	Número de seguro social
Nombre del padre biológico	Fecha de nacimiento del padre biológico		Empleador del padre biológico
Dirección del empleador del padre biológico			Número de teléfono del empleador del padre biológico
Nombre de la madre biológica	Fecha de nacimiento de la madre biológica		Empleador de la madre biológica
Dirección del empleador de la madre biológica			Número de teléfono del empleador de la madre biológica
¿Los padres biológicos están divorciados? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Si respondió "Sí", escriba el nombre y la dirección del padre o de la madre que tenga la custodia.			
¿Envío una copia de la Sentencia de divorcio al Fondo? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Si respondió "No", presente una copia ajuntada a este formulario.			
¿La corte estableció que alguno de los padres se encargue de las facturas médicas? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Si respondió "Sí", escriba la información de los padres responsables a continuación.			
Nombre de padre o madre responsable	Fecha de nacimiento de padre o madre responsable	Número de teléfono de padre o madre responsable	
Número de seguro social de padre o madre responsable	Dirección de padre o madre responsable		
Compañía de seguros del padre o la madre responsable	Dirección de la compañía de seguros del padre o la madre responsable		
Número de teléfono de la compañía de seguros del padre o la madre responsable	Número de la póliza	Fecha de vigencia de la póliza	

Continúa

## Formulario de Inscripción y de Beneficiario

### Menores dependientes elegibles para la inscripción en su Plan

#### Tercera persona dependiente elegible

Nombre del menor dependiente	<input type="radio"/> masculino <input type="radio"/> femenino	Fecha de nacimiento	Número de seguro social
Nombre del padre biológico	Fecha de nacimiento del padre biológico		Empleador del padre biológico
Dirección del empleador del padre biológico			Número de teléfono del empleador del padre biológico
Nombre de la madre biológica	Fecha de nacimiento de la madre biológica		Empleador de la madre biológica
Dirección del empleador de la madre biológica			Número de teléfono del empleador de la madre biológica
¿Los padres biológicos están divorciados? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Si respondió "Sí", escriba el nombre y la dirección del padre o de la madre que tenga la custodia.			
¿Envío una copia de la Sentencia de divorcio al Fondo? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Si respondió "No", presente una copia ajuntada a este formulario.			
¿La corte estableció que alguno de los padres se encargue de las facturas médicas? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Si respondió "Sí", escriba la información de los padres responsables a continuación.			
Nombre de padre o madre responsable	Fecha de nacimiento de padre o madre responsable		Número de teléfono de padre o madre responsable
Número de seguro social de padre o madre responsable	Dirección de padre o madre responsable		
Compañía de seguros del padre o la madre responsable	Dirección de la compañía de seguros del padre o la madre responsable		
Número de teléfono de la compañía de seguros del padre o la madre responsable	Número de la póliza		Fecha de vigencia de la póliza

#### Cuarta persona dependiente elegible

Nombre del menor dependiente	<input type="radio"/> masculino <input type="radio"/> femenino	Fecha de nacimiento	Número de seguro social
Nombre del padre biológico	Fecha de nacimiento del padre biológico		Empleador del padre biológico
Dirección del empleador del padre biológico			Número de teléfono del empleador del padre biológico
Nombre de la madre biológica	Fecha de nacimiento de la madre biológica		Empleador de la madre biológica
Dirección del empleador de la madre biológica			Número de teléfono del empleador de la madre biológica
¿Los padres biológicos están divorciados? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Si respondió "Sí", escriba el nombre y la dirección del padre o de la madre que tenga la custodia.			
¿Envío una copia de la Sentencia de divorcio al Fondo? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Si respondió "No", presente una copia ajuntada a este formulario.			
¿La corte estableció que alguno de los padres se encargue de las facturas médicas? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Si respondió "Sí", escriba la información de los padres responsables a continuación.			
Nombre de padre o madre responsable	Fecha de nacimiento de padre o madre responsable		Número de teléfono de padre o madre responsable
Número de seguro social de padre o madre responsable	Dirección de padre o madre responsable		
Compañía de seguros del padre o la madre responsable	Dirección de la compañía de seguros del padre o la madre responsable		
Número de teléfono de la compañía de seguros del padre o la madre responsable	Número de la póliza		Fecha de vigencia de la póliza

## Formulario de Inscripción y de Beneficiario

¿Algún familiar tiene otro Programa de Beneficios de Salud Grupal?

Sí Si respondió "Sí", complete esta sección (8).

No Si respondió "No", pero el paciente tenía una cobertura que finalizó: \_\_\_\_\_ Y complete los 3 renglones siguientes **Y presente una copia de la carta de términos.**

Nombre del titular de la póliza	Relación con el paciente	Número de seguro social del titular de la póliza
Número de la póliza	Fecha de vigencia de la póliza	Clase de cobertura conforme a la póliza <input type="radio"/> Individual <input type="radio"/> Familiar
Nombre y número de teléfono de la compañía de seguros que presta otra cobertura	Coberturas (marque todas las que correspondan) <input type="radio"/> Médica <input type="radio"/> Hospitalaria <input type="radio"/> Dental <input type="radio"/> De la visión <input type="radio"/> Salud mental <input type="radio"/> Medicamentos recetados	

¿El familiar es elegible para Medicare? Si respondió "Sí", complete esta sección (9).

¿Parte A?  Sí  No

¿Parte B?  Sí  No

Nombre del afiliado	Fecha de vigencia	Fecha de cancelación
Número de seguro social del afiliado	¿Parte A? _____ ¿Parte B? _____	¿Parte A? _____ ¿Parte B? _____

**Certifico que la información previamente proporcionada es auténtica y verdadera. Entiendo que toda declaración falsa de manera intencional en la presente puede anular mi cobertura y anulará los beneficios. Por la presente solicito los beneficios de salud y de asistencia social proporcionados por UFCW Local 655 Welfare Fund para mí y para las personas dependientes elegibles mencionadas. Entiendo que elegí realizar la inscripción para los beneficios. Toda elección que realicé solo puede modificarse a causa de circunstancias excepcionales. Autorizo a mi empleador la deducción de aportes de mi paga. Si existe algún cambio que afecte estas declaraciones, informaré de inmediato a Welfare Fund.**

Firma

Fecha

## Información importante de elegibilidad

Las reclamaciones para las personas dependientes elegibles no pueden procesarse hasta que se completen este formulario y documentación de inscripción y de beneficiario en su totalidad y se entreguen a la Oficina del Fondo.

### ¿Elige la cobertura para los menores elegibles?

Si elige una cobertura para los menores elegibles, presente una copia del **certificado de nacimiento emitido por el Estado** de su hijo acompañado por una copia de su **certificado de matrimonio**, sin importar si inscribe a su cónyuge.

Si los hijos nacieron con anterioridad a su matrimonio actual, presente una copia de su **sentencia de divorcio o de la orden de la corte** en su totalidad. Si no hay una sentencia de divorcio ni una orden de la corte, se debe presentar una **carta notarial** que indique los acuerdos de custodia y si el menor está asegurado conforme a alguna otra Cobertura Médica Grupal. La carta notarial debe incluir la siguiente declaración "**Si, en el futuro, esta información cambia, accedo a notificar a Welfare Fund**".

### ¿Elige la cobertura para su cónyuge unidos por matrimonio legítimo?

Si elige la cobertura para su cónyuge unido por matrimonio legítimo, necesitará presentar una copia de su **certificado de matrimonio**. Si su cónyuge es empleado, necesitará completar y presentar un **Formulario de verificación de la cobertura conyugal**.

*Tenga en cuenta las pautas de elegibilidad para los cónyuges: Si su cónyuge tiene otra cobertura médica o para medicamentos recetados a disposición mediante el empleador y el empleador de su cónyuge subsidia una parte del costo, su cónyuge debe elegir la cobertura conforme al plan del empleador. Si su cónyuge no elige la cobertura conforme al plan del empleador, su cónyuge no estará cubierto conforme al plan de Welfare Fund.*

**Tenga en cuenta: Si pasó por una circunstancia excepcional que le permite modificar la elección de inscripción original, complete este formulario y presente toda documentación adicional a la Oficina del Fondo dentro de los 31 días tras la situación.**