



FORMULARIO DE INSCRIPCION

IMPORTANTE: Entregando este formulario, usted entiende que el Fondo Fideicomiso usara su información.

PARTE I. INFORMATION DEL PARTICIPANTE (imprima claramente con pluma)					
NUMERO DE SEGURO SOCIAL		NOMBRE: PRIMERO		SEGUNDO APELLIDO	
DOMICILIO FISICO			CIUDAD	ESTADO	CODIGO POST.
DOMICILIO DE CORREO (SI ES DIFERENTE DE DOMICILIO FISICO)			CIUDAD	ESTADO	CODIGO POST.
TELEFONO ☎ : CELULAR 📱 :		E-MAIL (SI LO TIENE)		NU. UNION LOCAL	<input type="checkbox"/> Cuando posible prefiero recibir información de beneficios en español.
FECHA DE NACIM.	MES / DIA / AÑO	GENERO <input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEME.	ESTADO DE MATRIMONIO <input type="checkbox"/> NUNCA CASADO/A <input type="checkbox"/> SOLTERO/A <input type="checkbox"/> CASADO/A → (fecha de matrimonio) → / /	MES / DIA / AÑO	MATRIMONIO PREVIO* (si le aplica) NOM. DE EXESPOSA/O _____ FECHA DE DIVORCIO _____

PARTE II. SALUD Y BIENESTAR PARA OBREROS

A. Inscripción – Información de Dependientes (ponga hoja adicional para dependientes con domicilio diferente)

IMPORTANTE: Ponga o quite dependientes abajo. “**Dependiente**” es definido en su Plan de Salud y Bienestar, incluye su esposa/o legal o su *pareja doméstica (*solamente si es Activo), sus hijos menos de 26 años independiente de estado de matrimonio o hijos solteros de 26 años o más quien están completamente discapacitados. Si es Jubilado, tiene que pagar la Prima mensual para cobertura de dependientes.

Usted tiene que enviar los documentos aplicables abajo al Fondo Fideicomiso para probar su relación a sus dependientes. **Escriba su NSS en cada documento para identificación.**

Documento Necesario:

- ESPOSA/O** Certificado de Matrimonio. Si es divorciado/a y está quitando su ex-esposa/o poniendo su esposa/o nueva tiene que entregar una copia de la Disolución Final del Matrimonio. Su ex perderá estado de dependiente empezando la fecha de disolución.
- PAREJA DOMESTICA** Certificado de Pareja Domestica y letra escrita de su empleador probando que ha entrado a un contrato de trabajo con el estado de California, Condado de San Mateo, Ciudad o Condado de San Francisco, Ciudad de Oakland o Sacramento.
- HIJO/HIASTRO/ADOPTADO** Certificado de Nacimiento o de adopción.
- GUARDIA LEGAL** Documentos de Guardia Legal o de un Corte nombrándolo/a el Guardia Legal.
- HIJO ADOPTIVO** Prueba de custodia de hijo adoptivo de una agencia de colocación o de un Corte nombrándolo/a el padre adoptivo.

Poner o Quitar	Relacion	Gender	Nombre (Primero, Segundo y Apellido)	Fecha de Naci.			Nu. Seguro Social
				Mes	Día	Año	
<input type="checkbox"/> Poner <input type="checkbox"/> Quitar	Espos/a o Pareja Domestica	<input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Feme.		/	/		- -
<input type="checkbox"/> Poner <input type="checkbox"/> Quitar	Hijo	<input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Feme.		/	/		- -
<input type="checkbox"/> Poner <input type="checkbox"/> Quitar	Hijo	<input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Feme.		/	/		- -
<input type="checkbox"/> Poner <input type="checkbox"/> Quitar	Hijo	<input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Feme.		/	/		- -

- **Es responsable por reclamaciones medicas pagadas en error resultando de usted no informando el Fondo de cambios a dependientes, como, pero sin limite a, muerte, divorcio, o perdida guardia legal.**
- **Esta forma sera devuelto si usted no pone fechas de nacimiento y Numero de Seguro Social de dependientes.**

B. Información de Cobertura de Otro Seguro Medico

¿Cualquiera de los dependientes en el reverso de esta forma tienen otra cobertura médica, de prescripción, dental y/o de visión particionado por empleador como un empleado o un dependiente?

No :: Pase esta sección. **NOTA:** Tiene que notificar el Fondo *inmediatamente* si cualquier dependiente obtiene otro seguro médico por cualquier razón, Medicare, Medi-Cal, Medicaid, discapacidad, o en empleo.

Si :: De la información abajo. Si otro seguro aplica a todos sus dependientes al reverse de la forma, completa la caja abajo. Si uno o más de sus dependientes tienen más que un otro seguro, haga una copia de esta sección complétela por cada dependiente.

¿Vive(n) el dependiente(s) con usted?

Si **No** :: 'No' con quien vive el niño? Nombre: _____ Relación: _____

Si es divorciado, entregue copia de cualquier ordines de corte con relación a custodia y/o cobertura del dependiente.

Nombre(s) de dependiente(s)
con otro seguro medico:

Nombre de Asegurado
o titular de poliza:

Relación al
Participante

Número de Seguro Social
o número de ID de Asegurado

Nombre de empleador
Particionado la cobertura

TIPO DE BENEFICIO	NUMERO DE POLIZA	FECHA EFECTIVA	¿DEPENDIENTE CUBIERTO?
NOMBRE Y DOMICILIO DE PLAN MEDICO			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
NOMBRE Y DOMICILIO DE PLAN DENTAL			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
NOMBRE Y DOMICILIO DE PLAN DE PRESCRIPCION			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
NOMBRE Y DOMICILIO DE PLAN DE VISION			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

PARTE III. INFORMACION DE BENEFICIARIO - Designación de Beneficiario para Beneficios de Muerte

1. **Plan de Salud y Bienestar (Plan Activo y Especial)** – Puede designar cualquier beneficiario. Beneficios debidos de su plan se pagaran al beneficiario nombrado abajo. Refiriese a Artículo III de su Plan para más información.

2. **Fondo Vacación-Feriado** – Puede designar cualquier beneficiario. Beneficios debidos de su plan se pagaran al beneficiario nombrado abajo.

3. **Plan de Pensión y Anualidad** – Si está casado/a, beneficio debidos se pagaran a su esposa/o sobreviviente, no a su beneficiario nombrado. Planes de jubilación son sujetos a propiedad común. Refirirse a las proviciones de su Plan or pongase en contacto con el Fondo para mas información.

Marca aquí si quiere designar más que una persona para uno o más de los Fondos. Le enviaremos la forma necesaria.

Marca aquí si **no** quiere cambiar su beneficiario nombrado anteriormente.

 **Si no designa un beneficiario abajo y tambien no marca la caja arriba cualquier beneficios de muerto debidos, sujeto a cada Plan, se pagaran a uno o mas de su familia sobreviviente como esta designacion reemplaza la forma anteriormente entregada y sera efectivo cuando se reciba por el Fondo Fideicomiso.**

*****Por favor no ponga 'yo' como su beneficiario*****

NSS DE BENEFICIARIO

NOMBRE: PRIMERO

SEGUNDO

APELLIDO

RELACION

DOMICILIO DE CORREO - CALLE

CIUDAD

ESTADO

CODIGO POSTAL

TELEFONO ☎ :

CELULAR 📱 :

DECLARACION DEL PARTICIPANTE – TIENE que firmar y poner fecha a la forma

Por la presente certifico bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de California que la información dada en este formulario es verdadera, correcta y completa a mi leal saber y entender.

FECHA:

FIRMA: