



## FORMULARIO DE INSCRIPCION

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

| PARTE I. INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE (escriba claramente con pluma) |  |     |                 |                      |  |         |        |  |          |  |  |     |  |     |  |     |  |   |  |
|--|--|-----|-----------------|----------------------|--|---------|--------|--|----------|--|--|-----|--|-----|--|-----|--|---|--|
| NÚMERO 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 POSTAL  |  |     |  |     |  |     |  |   |  |
| TELEFONO : ☎<br>CELLULAR: 📱  |  |     |                 | E-MAIL (SI LO TIENE) |  |         |        | Nº UNION LOCAL   |          | <input type="checkbox"/> Cuando posible prefiero recibir información de beneficios en Español.   |  |     |  |     |  |     |  |   |  |
| FECHA DE NACIMI.   |  | MES |                 | DÍA                  |  | AÑO     |        | GENERO   |          | ESTADO CIVIL   |  | MES |  | DÍA |  | AÑO |  | MATRIMONIO PREVIO* (si le aplica)                   |  |
| /  |  |     |                 | /                    |  |         |        | <input type="checkbox"/> MASC.<br><input type="checkbox"/> FEME. |          | <input type="checkbox"/> NUNCA CASADO/A <input type="checkbox"/> SOLTERO/A<br><input type="checkbox"/> CASADO/A → (La fecha de Matrimonio) → |  | /   |  | /   |  |     |  | NOM. DE EXESPOSA/O _____<br>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 si 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 SSN en cada documento para identificación.**

|                               | Documento Necesario:  |
|-------------------------------|---|
| <b>ESPOSA/O</b>               | 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. |
| <b>PAREJA DOMESTICA</b>       | 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.            |
| <b>HIJO/HIJASTRO/ADOPTADO</b> | Certificado de Nacimiento o de adopción.  |
| <b>GUARDIA LEGAL</b>          | Documentos de Guardia Legal o de un Corte nombrándolo/a el Guardia Legal.   |
| <b>HIJO ADOPTIVO</b>          | Prueba de custodia de hijo adoptivo de una agencia de colocación o de un Corte nombrándolo/a el padre adoptivo.   |

| Agregar o Quitar  | Relacion                     | Género   | Nombre (Primero, Segundo y Apellido) | Fecha de Naci. |     |     | Nu. Seguro Social |
|---|------------------------------|--|--------------------------------------|----------------|-----|-----|-------------------|
|   |                              |  |                                      | Mes            | Día | Año |                   |
| <input type="checkbox"/> Agregar<br><input type="checkbox"/> Quitar | Esposa/o<br>Pareja Domestica | <input type="checkbox"/> Masc.<br><input type="checkbox"/> Feme. |                                      | /              | /   |     | - -               |
| <input type="checkbox"/> Agregar<br><input type="checkbox"/> Quitar | Hijo                         | <input type="checkbox"/> Masc.<br><input type="checkbox"/> Feme. |                                      | /              | /   |     | - -               |
| <input type="checkbox"/> Agregar<br><input type="checkbox"/> Quitar | Hijo                         | <input type="checkbox"/> Masc.<br><input type="checkbox"/> Feme. |                                      | /              | /   |     | - -               |
| <input type="checkbox"/> Agregar<br><input type="checkbox"/> Quitar | Hijo                         | <input type="checkbox"/> Masc.<br><input type="checkbox"/> Feme. |                                      | /              | /   |     | - -               |



**Usted será responsable por reclamaciones médicas pagadas en error por falta de notificación al Fondo de cambios de dependientes, como y no limitado a, muerte, divorcio, perdida de guardia legal. Esta forma será 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 medica, de prescripción, dental y/o de visión cubierto por su empleador o como 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 por empleo.

**Si**:: Proporcione la información abajo. Si otro seguro aplica a todos sus dependientes al reverso de la forma, complete la parte de abajo. Si uno o más de sus dependientes tienen más de un 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 orden de la 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 póliza:

Relación con el  
Participante

Número de Seguro Social  
o número de ID de Asegurado

Nombre de empleador  
Que proporciona la cobertura

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

## PARTE III. INFORMACIÓN 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. Refíriese 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, beneficios debidos se pagaran a su esposa/o sobreviviente, no a su beneficiario nombrado. Planes de jubilación son sujetos a propiedad común. Refiérase a las provisiones de su Plan o póngase en contacto con el Fondo para más información.

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

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

 **Si no designa un beneficiario abajo y tampoco no marca el cuadro de arriba cualquier beneficios de muerte debidos, sujeto a cada Plan, se pagaran a uno o más de su familia sobreviviente como esta designación reemplaza la forma anteriormente entregada y será efectivo cuando se reciba por el Fondo Fideicomiso.**

**\*\*\*Por favor no ponga "a usted mismo" como su beneficiario\*\*\***

SSN 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 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 lo mejor de mi conocimiento.**

FECHA:

FIRMA: