



**LABORERS HEALTH AND WELFARE TRUST FUND
FOR NORTHERN CALIFORNIA**
220 Campus Lane, Fairfield, CA 94534-1498
Teléfono: (707) 864-2800 o Gratis al 1-800-244-4530
E-Mail Address: customerservice@norcalaborers.org
Website: http://www.norcalaborers.org

PARA USO POR OFICINA DEL FONDO (640)

EFFECTIVE DATE:

HCID: LA

ELIGIBILITY CODE/PURCHASER NO.:

FORMA DE SOLICITUD DE BENEFICIOS: PLANES ACTIVO y ESPECIAL

INFORMACION DEL PARTICIPANTE (Por favor imprima claramente utilizando pluma de tinta)

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	PRIMER NOMBRE	MEDIO	APELLIDO			
DOMICILIO RESIDENCIAL (no Apartado Postal)	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL			
NÚMERO DE TELÉFONO	ÚNION LOCAL	FECHA DE NACIMIENTO			GÉNERO	ESTADO CIVIL
		MES	DÍA	AÑO	<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO	<input type="checkbox"/> SOLTERO/A <input type="checkbox"/> CASADO/A

OPCIONES DEL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD (Usted y sus dependientes deben inscribirse en el mismo Plan de Beneficios)

PLAN DE PAGO DIRECTO DE LOS OBREROS

KAISER PERMANENTE SI ES AHORA O FUE ANTES MIEMBRO DE KAISER, ESCRIBA SU NÚMERO DE EXPEDIENTE MÉDICO: _____

INFORMACION DE DEPENDIENTE (Haga una lista de todos los dependientes que va a inscribir. Use el reverso si necesita mas espacio.)

RELACIÓN	GENERO	ESCRIBA EL PRIMER NOMBRE Y INICIAL 2º NOMBRE (Y APELLIDO SI ES DIFERENTE DEL PARTICIPANTE.)	FECHA DE NAC. MES / DÍA / AÑO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	SI ES AHORA O FUE ANTES MIEMBRO DE KAISER ESCRIBA SU NUMERO DE EXPEDIENTE MÉDICO
<input type="checkbox"/> CONYUGE <input type="checkbox"/> COMPAÑERO DOMÉSTICO	<input type="checkbox"/> MASCU. <input type="checkbox"/> FEMEN.				
NIÑO	<input type="checkbox"/> MASCU. <input type="checkbox"/> FEMEN.				
NIÑO	<input type="checkbox"/> MASCU. <input type="checkbox"/> FEMEN.				
NIÑO	<input type="checkbox"/> MASCU. <input type="checkbox"/> FEMEN.				

Yo solicito membresía al plan. Certifico bajo penalidad de testimonio falso y las leyes de California que la información en esta forma es cierto, correcto y completa a lo mejor de mi entendido.

FECHA: _____ FIRMA DEL PARTICIPANTE: _____

KAISER FOUNDATION HEALTH PLAN ARBITRATION AGREEMENT

Entiendo que (con excepción de los casos del tribunal para reclamaciones menores, las reclamaciones sujetas a los procedimientos de apelaciones de Medicare o a las regulaciones del procedimiento de reclamaciones de ERISA [Employee Retirement and Income Security Act, Ley de Seguridad de 1974 sobre los Ingresos de los Empleados Retirados] y cualquier otra reclamación que no pueda someterse a arbitraje obligatorio según las leyes vigentes) toda disputa entre mi persona, mis herederos, familiares u otras partes asociadas, por un lado y, por otro lado, Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP), cualquier proveedor de atención médica contratado, administradores u otras partes asociadas contratados, por la supuesta violación de cualquier deber que se presente o esté relacionado con la membresía en KFHP, incluida toda reclamación por negligencia médica o del hospital (una reclamación que indica que un servicio médico era innecesario o no estaba autorizado, o bien que se prestó de forma incorrecta, negligente o incompleta), por responsabilidad civil de las instalaciones, o relativos a la cobertura o prestación de servicios o artículos, sin tomar en cuenta la teoría legal, deben decidirse a través de un arbitraje obligatorio, según la ley de California y no por medio de una demanda o recurso a un proceso judicial, excepto cuando la ley vigente indique una revisión judicial de la actuación arbitral. Acepto renunciar a nuestro derecho a un juicio con jurado y acepto el uso del arbitraje obligatorio. Entiendo que el folleto Evidencia de Cobertura incluye todas las disposiciones del arbitraje.

FECHA

SE REQUIERE UNA FIRMA PARA EL PLAN DE KAISER PERMANENTE

SOLO PARA EL USO DE LA OFICINA DEL FONDO (Por favor no escriba en este espacio)

NEW PARTICIPANT OPEN ENROLLMENT NEW DEPENDENT
 COBRA - DATE OF QUALIFYING EVENT _____

REMARKS:

DATE: _____ BY: _____