



**LABORERS HEALTH AND WELFARE TRUST FUND FOR
NORTHERN CALIFORNIA**
220 Campus Lane, Fairfield, CA 94534-1498
Teléfono: (707) 864-2800 or Gratuitamente a 1-800-244-4530
Correo electrónico: customerservice@lfao.org
Sitio de Web: http://www.lfao.org

FUND OFFICE USE ONLY (610)

EFF. DATE:

HCID: **LA**

ELIGIBILITY CODE/GROUP NO.:

FORMA DE INSCRIPCION DEL PLAN DENTAL ACTIVO Y ESPECIAL

INFORMACION DEL PARTICIPANTE (Por favor imprime claramente utilizando una pluma)

NUMERO DE SEGURO SOCIAL	NOMBRE PRIMERO:		MEDIO	APELLIDO		
DOMICILIO RESIDENCIAL (not Post Office Box)			CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	
NUMERO DE TELEFONO ()	UNION LOCAL	FECHA DE NACIMIENTO			GENERO	ESTADO CIVIL
		MES	DIA	AÑO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

OPCIONES DE LOS PLANES DENTALES

IMPORTANTE: Usted y sus dependientes deberán inscribirse en el mismo Plan de Beneficios. Marque solamente un cuadro.

- Delta Dental.** Libertad de utilizar cualquier dentista que escoja, sin embargo paga gastos menos del propio bolsillo cuando escoja un dentista Delta Dental.
- Delta Care USA.** Usted debe que escojer un desntista de la lista de Oficinas Dentales Participando con delta Care USA Nombre del Dentista: _____ NU. De Dentista: _____
- Bright Now!/Newport Dental.** Usted debe que escojer un dentista de la lista de Oficinas Dentales participando con Bright Now!/Newport Dental.
- UnitedHealthcareDental.** Usted debe escojer us dentist de la lista de Oficinas Dentales participando con UnitedHealthcareDental:
Dentista: _____ NU. De Dentista: _____

INFORMACION DE DEPENDIENTES (Liste todos los dependientes quienes va inscribir. Use el reverso si necesita mas espacio)

PRIMER Y SEGUNDO NOMBRE (Y APELLIDO SI ES DIFERENTE DEL PARTICIPANTE)	NAC. MES / DIA / AÑO	RELACION AL DEPENDIENTE	
1.		CONYUGE	
2.		<input type="checkbox"/> HIJO	<input type="checkbox"/> HIJA
3.		<input type="checkbox"/> HIJO	<input type="checkbox"/> HIJA
4.		<input type="checkbox"/> HIJO	<input type="checkbox"/> HIJA

Entiendo que una vez que haya seleccionado un plan, no puedo cambiar a otro plan hasta la Inscripción Abierta siguiente. Acuerdo será limitado por los beneficios, deducciones, copagos, exclusiones y otros términos del acuerdo del plan. Su solicitud no será aceptada sin su firma debajo.
Devuelva por favor esta Forma de Inscripción a la oficina del Fondo.
Importante: Si usted se inscrito en Destacare USA, Bright Now!/Newport Dental, o UnitedHealthcareDental, y tiene una queja con alguno de estos proveedores de servicio, uste y el Plan Dental serán sujeto al arbitraje obligatorio.

Fecha: _____ Firma del Participante: _____

FUND OFFICE USE ONLY (Por favor no escriba en este espacio)

<input type="checkbox"/> NEW EMPLOYEE	<input type="checkbox"/> OPEN ENROLLMENT
<input type="checkbox"/> COBRA - DATE OF QUALIFYING EVENT _____	