



**LABORERS FUNDS ADMINISTRATIVE OFFICE OF NORTHERN CALIFORNIA**  
 5672 Stoneridge Drive, Suite 100, Pleasanton, CA 94588  
 Teléfono: (707) 864-2800 or Gratis al 1-800-244-4530  
 Correo electrónico: customerservice@lfao.org  
 Sitio de Web: http://www.lfao.org

<b>FUND OFFICE USE ONLY (610)</b>
EFF. DATE:
HCID: <b>LA</b>
ELIGIBILITY CODE/GROUP NO.:

## FORMA DE INSCRIPCIÓN DEL PLAN DENTAL ACTIVO Y ESPECIAL

INFORMACION DEL PARTICIPANTE (Por favor imprime claramente utilizando una pluma)					
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	NOMBRE PRIMERO:		MEDIO	APELLIDO	
DOMICILIO RESIDENCIAL (no Apartado Postal)		CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NÚMERO DE TELÉFONO ( )	ÚNION LOCAL	FECHA DE NACIMIENTO			GÉNERO
		MES	DÍA	AÑO	<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO
					<input type="checkbox"/> SOLTERO/A <input type="checkbox"/> CASADO/A
OPCIONES DE LOS PLANES DENTALES					
<b>IMPORTANTE: Usted y sus dependientes deberán inscribirse en el mismo Plan de Beneficios.</b> Marque solamente un cuadro.					
<input type="checkbox"/> <b>Anthem Blue Cross Dental Complete.</b> Libertad de utilizar cualquier dentista que escoja, sin embargo paga gastos menos del propio bolsillo cuando escoja un dentista Anthem Blue Cross Dental Complete.					
<input type="checkbox"/> <b>Delta Care USA.</b> Usted debe que escojer un desntista de la lista de Oficinas Dentales Participando con delta Care USA Nombre del Dentista: _____ NU. De Dentista: _____					
<input type="checkbox"/> <b>Bright Now!/Newport Dental.</b> Usted debe que escojer un dentista de la lista de Oficinas Dentales participando con Bright Now!/Newport Dental.					
<input type="checkbox"/> <b>UnitedHealthcareDental.</b> 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	
<i>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.</i> <b>Devuelva por favor esta Forma de Inscripción a la oficina del Fondo.</b> <b>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.</b>					
Fecha: _____ Firma del Participante: _____					
SOLO PARA EL USO DE LA OFICINA DEL FONDO (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 _____					