



**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  
Correo electrónico: customerservice@norcalaborers.org  
Sitio del web: lfao.org

**SOLO PARA EL USO DE LA OFICINA DEL FONDO (10)**

EFF. DATE:

HCID: **LA**

ELIGIBILITY CODE/GROUP NO:

## FORMA DE SOLICITUD DE BENEFICIOS DEL PLAN DE JUBILADOS

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

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	NOMBRE: PRIMERO	MEDIO	APELLIDO
-------------------------	-----------------	-------	----------

DOMICILIO RESIDENCIAL (no Apartado Postal)	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
--	--------	--------	---------------

NÚMERO DE TELÉFONO	UNION LOCAL	FECHA DE NACIMIENTO			GÉNERO	ESTADO CIVIL
		MES	DÍA	AÑO	<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	<input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> SOLTERO

¿ESTA INSCRIBIENDOSE COMO BENEFICIARIO DE UN JUBILADO FALLECIDO?  NO

SÍ: INDIQUE EL NUMERO DE SEGURO SOCIAL DEL JUBILADO FALLECIDO:

### INFORMACIÓN DE DEPENDIENTE (Haga una lista de todos los dependientes que va a inscribir)

RELACIÓN	GENERO	NOMBRE DE DEPENDIENTE Escriba el primer nombre y inicia del 2º nombre (y apellido si es diferente del Jubilado)	FECHA DE NACIMIENTO MES / DÍA / AÑO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	El Número de Registro Médico de Kaiser (vea**abajo)
CÓNYUGE	<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO				
HIJO	<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO				
HIJO	<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO				
HIJO	<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO				

**\*Kaiser Numero de Registro Medico** – Si usted o cualquiera de sus dependientes enumerados anteriormente es actualmente o anteriormente miembros de Kaiser Permanente, escriba el número de registro médico, si lo conoce, por cada dependiente y escribir **SU** registro médico de Kaiser aquí ☞ \_\_\_\_\_.

¿TIENE USTED O ALGUNO DE SUS DEPENDIENTES OTRO SEGURO?  NO

SÍ: INDIQUE EL NOMBRE DE LA COMPANIA DE SEGUROS:

### OPCIONES DE PLAN PARA INDIVIDUALES QUE NO SON ELEGIBLES PARA MEDICARE (marque un cuadro nomas)

**A Kaiser Permanente – Grupo 603307**, Usted tiene que marcar este cuadro y Cuadro C para Individuales con Medicare, si alguna, porque toda su familia tiene que inscribirse en Kaiser.

**B Plan de Pago Directo de los Obreros Jubilados**, Usted tiene que marcar este cuadro si usted o su dependiente tienen Medicare y están inscribiéndose en Anthem Blue Cross (cuadro D) or Obreros (cuadro E) Plan para Individuales Elegibles con Medicare.

**OPCIONES DEL PLAN DE BENEFICIOS PARA PARTICIPANTES QUE SON ELEGIBLES PARA MEDICARE**

(Por favor marque solamente un cuadro)

Lea por favor el aviso importante que sigue antes de hacer una elección. El término del plan "Elegible para Medicare" significa un individuo que se **califica inscribirse** en ambas partes A y B de Medicare Federal **si o no** el individuo ha inscribió realmente para Medicare. Si usted es un individuo "Elegible para Medicare" que no inscribió en ambas partes A y B de Medicare:

- 1) Usted no puede elegir Kaiser (cuadro C) o Anthem Blue Cross (cuadro D) porque requieren que se inscriba en ambas partes A y B.
- 2) Si usted elige el Plan de Pago Directo, el Plan le cargará la tarifa prima de seguro de Medicare si o no se inscribió en Medicare parte B, y **estimaré** los beneficios pagaderos cuando sus reclamos son pagados.

Después de archivar este Forma de Solicitud, esta obligado de notificar la Oficina del Fondo inmediatamente de cualquier cambio del estado de la inscripción Medicare. Por favor, contesta las preguntas siguientes y hace su elección del plan abajo.

Medicare fecha efectiva de **USTED**

Medicare fecha efectiva de **SU CÓNYUGE:**

**PARTE A:** MES: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_

**PARTE A:** MES: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_

**PARTE B:** MES: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_

**PARTE B:** MES: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_

**PARTE D:** MES: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_

**PARTE D:** MES: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_

**IMPORANTE:** Por favor adjunte una fotocopia de Medicare Carta (mostrando Partes A & B) por cada individual.

Si elige Kaiser (Cuadro C) o Anthem Blue Cross (Cuadro D), también debe completar su formulario de solicitud para cada persona que se inscriba en su Plan y enviarlo junto con el formulario de solicitud a la Oficina del Fondo de Fideicomiso. NO envíe los formularios por correo. A Kaiser o Anthem Blue Cross.

- C Kaiser Permanente Senior Advantage – Grupo 603307**
- D Anthem Blue Cross Medicare Preferred PPO – Grupo CAEGR010**
- E Laborers Plan de Pago Directo**

Nota: Si usted y su cónyuge, en su caso, tienen ambos Medicare, pueden inscribirse en el mismo Plan pero también tienen la opción de dividir los Planes (excepto Kaiser), lo que significa que puede inscribirse en Anthem Blue Cross (Cuadro D) y su cónyuge en el Plan de pago directo de los trabajadores (Cuadro E) o viceversa. Indique quién se está inscribiendo marcando la casilla correspondiente arriba: Auto, cónyuge y / o Ambos

**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 RETIREE
- OPEN ENROLLMENT
- ADD DEPENDENT
- DELETE DEPENDENT

COBRA  
DATE OF QUALIFYING EVENT

REMARKS:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
DATE: \_\_\_\_\_ BY: \_\_\_\_\_