



**Enroll a Dependent Form, Service Employees 32BJ North Benefit Funds/
Formulario para la inscripción de un dependiente o cambio del status de un dependiente, Service Employees 32BJ North Benefit Funds**

Questions? Call Member Service at (914) 637-7000./ ¿Tiene alguna pregunta? Comuníquese con el Centro de servicios para afiliados llamando al (914) 637-7000.

Instructions: Please print in black or blue ink. Do not tape or staple./ Instrucciones: escriba en tinta negra o azul. No pegue cinta adhesiva ni engrape este formulario.

Section 1/ Sección 1 Participant Information/ Información del participante

First Name/ Nombre Middle Name/ Segundo nombre Last Name/ Apellido

Gender/ Sexo Male/ Masculino Female/ Femenino

Street Address/ Dirección

City/ Ciudad State/ Estado Zip Code/ Código postal

E-mail Address/ Dirección de correo electrónico

Social Security Number/ Número de seguro social

Date of Birth (Month/Day/Year)/
Fecha de nacimiento (mes/día/año)

Telephone Number w/Area Code (Day)/
Número de teléfono con el código de área (día)

Telephone Number w/Area Code (Evening)/
Número de teléfono con el código de área (noche)

**Section 2/ Sección 2 Change in Marital Status & Required Documents/
Cambio de estado civil y documentación requerida**

Note: Required documents indicated in parenthesis must be attached with this form./ Nota: debe adjuntar los documentos requeridos indicados entre paréntesis con este formulario.

Please check the option that applies/ Marque la opción que corresponda:

- I have **married as of**/ He **contraído matrimonio el** ___/___/___ (month/day/year)/ (mes/día/año)
(Marriage Certificate)/ (Certificado de matrimonio)
- I have **remarried as of**/ He **vuelto a contraer matrimonio el** ___/___/___ (month/day/year)/ (mes/día/año)
(Divorce Certificate or Death Certificate)/ (Certificado de divorcio o Certificado de defunción)
- Other/ Otro _____ Date of event/ Fecha del acontecimiento: ___/___/___ (month/day/year)/ (mes/día/año)

Indicate your *spouse or former spouse's information/ Indique la información de su cónyuge* o ex cónyuge:

First Name/ Nombre Middle Name/ Segundo nombre Last Name/ Apellido

Gender/ Sexo: Male/ Masculino Female/ Femenino

Telephone Number w/Area Code (Day)/
Número de teléfono con el código de área (día)

Telephone Number w/Area Code (Evening)/
Número de teléfono con el código de área (noche)

E-mail Address/ Dirección de correo electrónico

Social Security Number/ Número de seguro social

Date of Birth (Month/Day/Year)/ Fecha de nacimiento (mes/día/año)

Street Address/ Dirección

City/ Ciudad State/ Estado Zip Code/ Código postal

If married or remarried/ Si se ha casado o vuelto a casar:

Is your spouse currently enrolled in another healthcare plan?/ ¿Está su cónyuge actualmente inscrito en otro plan de atención médica? Yes/ Sí No/ No
If **yes**, please provide the name of your spouse's employer, the name of the insurance plan, the individual identification number and the effective date./
Si la respuesta es **sí**, indique el nombre del empleador de su cónyuge, el nombre del plan de seguro, el número de identificación de la persona y la fecha de entrada en vigencia.

Employer/Empleador

Plan Name/ Nombre del plan

Individual Identification Number/Número de identificación de la persona

Effective Date/ Fecha de entrada en vigencia

*Same sex domestic partner: Eligibility subject to Fund Policy. Contact Member Services for application at (914) 637-7000.

*Pareja conviviente del mismo sexo: la elegibilidad está sujeta a la Política del Fondo. Comuníquese con el Centro de servicios para afiliados para obtener una solicitud, llamando al (914) 637-7000.

Section 3/ Sección 3**Enrolling Dependent(s) & Required Documents/ Inscripción de los dependientes y documentación requerida**

Note: Required documents indicated in parenthesis must be attached with this form./ Nota: debe adjuntar los documentos requeridos indicados entre paréntesis con este formulario.

Please check the option that applies/ Marque la opción que corresponda:

I have a newborn child as of/ Tengo un hijo recién nacido a partir del ___/___/___ (month/day/year)/ (mes/día/año)

(Birth Certificate)/ (Certificado de nacimiento).

I have legally adopted a child as of/ He adoptado legalmente un hijo a partir del ___/___/___ (month/day/year)/ (mes/día/año)

(Birth Certificate & Court Certified Order of Adoption)/ (Certificado de nacimiento y Orden de adopción certificada por los tribunales).

I have a new step-child as of/ Tengo un nuevo hijastro a partir del ___/___/___ (month/day/year)/ (mes/día/año)

(Birth Certificate & Marriage Certificate)/ (Certificado de nacimiento y Certificado de matrimonio).

I am responsible for my grandchildren as of/ Soy responsable de mis nietos a partir del ___/___/___ (month/day/year)/ (mes/día/año)

(Birth Certificate & Court Certified Letter of Guardianship)/ (Certificado de nacimiento y Carta de tutela legal certificada por los tribunales).

I am responsible for the care of my disabled child who is over the plan's age limit as of/ Soy responsable del cuidado de mi hijo discapacitado que ha pasado el límite de edad del plan a partir del ___/___/___ (month/day/year)/ (mes/día/año)

(Proof of Total and Permanent Disability)/ (Comprobante de discapacidad total y permanente).

Number of new dependents/ Número de dependientes nuevos _____.

List additional dependents below or on a separate sheet of paper./ Enumere los dependientes adicionales a continuación o en una hoja aparte.

Dependent Information/ Información del dependiente**1**

_____ Gender/ Sexo: Male/ Masculino Female/ Femenino
 First Name/ Nombre Middle Name/ Segundo nombre Last Name/ Apellido Social Security Number/ Número de seguro social

Biological Child/ Hijo biológico Adopted/ Hijo adoptado Step-child/ Hijastro Grandchild/ Nieto Other/ Otro

_____ Date of Birth (Month/Day/Year)/ Fecha de nacimiento (mes/día/año)

Relationship/ Parentesco _____

2

_____ Gender/ Sexo: Male/ Masculino Female/ Femenino
 First Name/ Nombre Middle Name/ Segundo nombre Last Name/ Apellido Social Security Number/ Número de seguro social

Biological Child/ Hijo biológico Adopted/ Hijo adoptado Step-child/ Hijastro Grandchild/ Nieto Other/ Otro

_____ Date of Birth (Month/Day/Year)/ Fecha de nacimiento (mes/día/año)

Relationship/ Parentesco _____

If address is different from participant (in section 1) enter address in space below./ Si la dirección es diferente a la del participante (en la sección 1), ingrésela en el espacio a continuación.

_____ Street Address/ Dirección Apt. #/ N° de apartamento City/ Ciudad State/ Estado Zip Code/ Código postal

Is your dependent currently enrolled in another healthcare plan?/

¿Está su dependiente actualmente inscrito en otro plan de atención médica? Yes/ Sí No/ No

If **yes**, please write their name along with the name of the insurance carrier, identification and group number below./ Si la respuesta es **sí**, escriba el nombre junto con el nombre de la compañía de seguros, el número del grupo y de identificación a continuación.

_____ First Name/ Nombre Middle Name/ Segundo nombre Last Name/ Apellido

Other insurance/ Otro seguro _____

Insurance Company Name/ Nombre de la compañía de seguros ID#/ N° de identificación Group#/ N° del grupo Effective Date/ Fecha de entrada en vigencia

Section 4/ Sección 4**Signature/ Firma**

I have read this Service Employees 32BJ North Benefit Funds form and I understand the information and documents I have been asked to provide. I have provided all of the information requested on this form, and I agree to provide documents to verify this information, if requested by the Service Employees 32BJ North Benefit Funds. I agree to immediately notify Service Employees 32BJ North Benefit Funds of any changes regarding the information I have provided. I understand that if I fail to notify the Service Employees 32BJ North Benefit Funds about such a change, it may result in the delay or denial of the Service Employees 32BJ North Benefit Funds. I affirm that all of the information I have provided is true./ He leído este formulario del Service Employees 32BJ North Benefit Funds y comprendo la información y la documentación que se me solicita. He proporcionado toda la información solicitada en este formulario y estoy de acuerdo en proporcionar documentación para verificar dicha información, si el Service Employees 32BJ North Benefit Funds así lo solicita. Estoy de acuerdo en notificar de inmediato al Service Employees 32BJ North Benefit Funds sobre cualquier cambio con respecto a la información que he proporcionado. Comprendo que si no notifico al Service Employees 32BJ North Benefit Funds sobre tal cambio, esto puede ocasionar un retraso o un rechazo del Service Employees 32BJ North Benefit Funds. Afirmo que toda la información que he proporcionado es verídica.

_____ Participant Signature/ Firma del participante

_____ Current Date (Month/Day/Year)/ Fecha actual (mes/día/año)

Please Sign and Mail or Fax to/ Envíe el formulario por correo postal o por fax a:

**Department of Eligibility • Service Employees 32BJ North Benefit Funds
 140 Huguenot Street • New Rochelle, NY 10301-7002 or Fax 914-637-2138**

August 2008/ Agosto de 2008