



Enrollment Form/ Formulario de inscripción

Service Employees 32BJ North Benefit Funds/ Fondos de Beneficios de Salud para los Empleados de Servicio 32BJ Norte

Questions? Call Member Services at (914) 637-7000 ¿Preguntas? Llame a Servicios para Miembros al (914) 637-7000

Instructions: Please print in blue or black ink. Do not tape or staple. Instrucciones: Por favor escriba en letra imprenta con tinta negra o azul, no pegue con cinta ni use grapas.

Section 1/ Sección 1 Participant Information/ Información del participante

First Name/ Primer nombre _____ Middle Name/ Segundo nombre _____ Last Name/ Apellido _____ Social Security Number/ Número de Seguro Social _____

Street Address/ Calle _____ Apt. #/ No. de apartamento _____ Date of Birth (Month/Day/Year)/ Fecha de nacimiento (mes/día/año) _____

City/ Ciudad _____ State/ Estado _____ Zip/ Código Postal _____ E-mail address/ Dirección de correo electrónico _____

Telephone Number (Day)/ Número de teléfono (durante el día) _____ Telephone Number (Other)/ Número de teléfono (otro) _____

Gender: Male Female Marital Status: Single Married Legally Separated Divorced Widowed
 Sexo: Hombre Mujer Estado civil: Soltero Casado Legalmente separado Divorciado Viudo

Name of your Current Employer/ Nombre de su empleador actual _____ Date of Hire/ Fecha en que fue contratado _____

Working Address/ Calle _____ City/ Ciudad _____ State/ Estado _____ Zip/ Código Postal _____

Please complete the following/ Por favor, complete lo siguiente

Are you a summer replacement?/ ¿Está reemplazando a alguna persona durante el verano? Yes/Si No

Section 2/ Sección 2 Spouse Information/ Información del cónyuge

Social Security Number/ Número de Seguro Social _____ Date of Birth (Month/Day/Year)/ Fecha de nacimiento (mes/día/año) _____

First Name/ Primer nombre _____ Middle Name/ Segundo nombre _____ Last Name/ Apellido _____ Date of Marriage (Month/Day/Year)/ Fecha de matrimonio (mes/día/año) _____

Gender: Male Female
 Sexo: Hombre Mujer

Does the spouse live at the same address as the participant?/ ¿El cónyuge vive en la misma dirección que el participante? Yes/Si No

If **no**, enter address/ Si **no**, escriba la dirección _____

Is the spouse currently employed?/ ¿El cónyuge tiene empleo actualmente? Yes/Si No

If **yes**, name of employer/ En caso afirmativo, nombre del empleador: _____

Is your spouse and/or dependents currently enrolled in another healthcare plan?
 Actualmente, ¿el cónyuge y dependientes están inscritos en otro plan de atención de salud? Yes/Si No

If **yes**, please identify who has other healthcare coverage/
 Si la respuesta es sí, por favor identifique quién tiene otra cobertura de atención de salud Spouse only Dependent Children Spouse & Dependent Children
 Sólo el cónyuge Hijos dependientes Cónyuge e hijos dependientes

If **yes**, please write the name of the insurance carrier, identification and group number below
 Si la respuesta es sí, indique a continuación el nombre de la compañía de seguros y los números de identificación y de grupo.

Other insurance/ Otros seguros _____ Insurance Company Name/ Nombre de la compañía de seguros _____ ID#/ No. de identificación _____ Group#/ No. de grupo _____ Effective Date/ Fecha de entrada en vigencia _____

FOR OFFICE USE ONLY:

Employer Code _____ Job Code _____ Book # _____

Section 3/ Sección 3**Dependent Child Information/ Información de hijo dependiente**

Your spouse and dependents will not have access to benefits until the Fund Office receives this completed form and your certified marriage certificate and/or dependents' birth certificate(s), adoption papers or proof of guardianship. If over 19, you must provide proof of full-time student registration/ Su cónyuge o sus dependientes no tendrán derecho a los beneficios hasta que el Departamento de Elegibilidad reciba el presente formulario completo y su certificado de matrimonio legalizado y/o el certificado de nacimiento, documentos de adopción o de tutoría legal de sus dependientes. Si es mayor de 19 años, debe proporcionar pruebas de registro como estudiante a tiempo completo.

Member must fill in all blanks where applicable/ El miembro debe llenar todos los espacios en blanco donde sea aplicable.

List additional dependents below or on a separate page:/ Escriba sus dependientes adicionales abajo o en una página aparte: Those claimed on tax return/ Aquéllos indicados en la declaración de impuestos.

1

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

Social Security Number/ Número de Seguro Social

Gender/ Sexo: Male/Hombre Female/Mujer

Date of Birth (Month/Day/Year)/ Fecha de nacimiento (mes/día/año) Biological Child Hijo biológico Adopted Adoptado Step-child Hijastrero Other Otro

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 Sección1), escriba la dirección en el espacio de abajo.

Street Address/ Calle

Apt. #/ No. de apartamento

City/ Ciudad

State/ Estado

Zip/ Código Postal

2

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

Social Security Number/ Número de Seguro Social

Gender/ Sexo: Male/Hombre Female/Mujer

Date of Birth (Month/Day/Year)/ Fecha de nacimiento (mes/día/año) Biological Child Hijo biológico Adopted Adoptado Step-child Hijastrero Other Otro

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 Sección1), escriba la dirección en el espacio de abajo.

Street Address/ Calle

Apt. #/ No. de apartamento

City/ Ciudad

State/ Estado

Zip/ Código Postal

3

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

Social Security Number/ Número de Seguro Social

Gender/ Sexo: Male/Hombre Female/Mujer

Date of Birth (Month/Day/Year)/ Fecha de nacimiento (mes/día/año) Biological Child Hijo biológico Adopted Adoptado Step-child Hijastrero Other Otro

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 Sección1), escriba la dirección en el espacio de abajo.

Street Address/ Calle

Apt. #/ No. de apartamento

City/ Ciudad

State/ Estado

Zip/ Código Postal

Section 4/ Sección 4**Participant Signature/ Firma del Participante**

I have read this Service Employees 32BJ North Benefit Funds 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 the change, it may result in the delay or denial of a Service Employees 32BJ North benefit. I affirm that all of the information I have provided is true./ He leído el presente formulario del Fondos de los Empleados beneficios de Servicio 32BJ Norte y entiendo la información y los documentos que en él se me solicita que proporcione. He sumi-nistrado toda la información solicitada en el formulario y accedo a proporcionar todo documento que pueda requerirse para verificar esta información, de ser solicitada por el Fondos de los Empleados beneficios de Servicio 32BJ Norte. Me comprometo a notificar inmediatamente al Fondos de los Empleados beneficios de Servicio 32BJ Norte cualquier cambio que ocurra en la información que he suministrado. Entiendo que si no notifico al Fondos los Empleados beneficios de Servicio 32BJ Norte sobre tales cambios, ello pudiera resultar en la demora o denegación Fondos de los Empleados beneficios de Servicio 32BJ Norte. Declaro que toda la información que he proporcionado es cierta.

Participant Signature/ Firma del Participante

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

Please mail completed form with required documents to:/

Una vez completado el formulario, envíelo por correo junto con los documentos requeridos a:

**Member Services • Service Employees 32BJ North Benefit Funds
140 Huguenot St. • New Rochelle, NY 10801**