



**LABORERS HEALTH AND WELFARE TRUST FUND
FOR NORTHERN CALIFORNIA**
220 Campus Lane, Fairfield, CA 94534-1498
Telefono: (707) 864-2800 o Gratis al 1-800-244-4530
E-Mail Address: customerservice@norcalaborers.org
Website: http://www.norcalaborers.org

SOLO PARA EL USO DE LA OFICINA DEL FONDO (10)
EFFECTIVE DATE:
HCID: LA
ELIGIBILITY CODE/PURCHASER NO.:

FORMA DE SOLICITUD DE BENEFICIOS: PLANES ACTIVOS

INFORMACION DEL EMPLEADO (Por favor imprima claramente utilizando pluma de tinta negra)						
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		PRIMER NOMBRE		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"/> FEMININO	<input type="checkbox"/> SOLTERO/A <input type="checkbox"/> CASADO/A

OPCIONES DEL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD	Usted y sus dependientes deberán inscribirse en el mismo Plan de Beneficios. Marque solamente un cuadro.
---	--

PLAN DE PAGO DIRECTO DE LOS OBREROS

KAISER PERMANENTE SI ES AHORA O FUE ANTES MIEMBRO DE KAISER, *ESCRIBA SU NÚMERO DE EXPEDIENTE MÉDICO:* _____

NOTA: Si elige Kaiser, debe tener presente que su cobertura terminará el 1º de marzo de 2009 ya que Kaiser no seguirá siendo un plan opcional. Todos los participantes quedarán inscritos en el Plan de Pago Directo de los Obreros a partir del 1º de marzo de 2009. Sugerimos que llame a la Oficina del Fondo para recibir una explicación de cómo los planes aplican el Deducible y por qué pudiera tener obligación de cubrir ambos deducibles si elige Kaiser.

INFORMACION DE DEPENDIENTE (Haga una lista de todos los dependientes que va a inscribir. Use el reverso si necesita mas espacio.)					
ESCRIBA EL PRIMER NOMBRE Y INICIAL 2º NOMBRE (Y APELLIDO SI ES DIFERENTE DEL PARTICIPANTE.)	FECHA DE NAC. MES / DÍA / AÑO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	SI ES AHORA O FUE ANTES MIEMBRO DE KAISER ESCRIBA SU NUMERO DE EXPEDIENTE MÉDICO	RELACIÓN DEL DEPENDIENTE	SOLO PARA EL USO DE LA OFICINA DEL FONDO
1.				CÓNYUGE	
2.				<input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> HIJA	<input type="checkbox"/> STUDENT
3.				<input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> HIJA	<input type="checkbox"/> STUDENT
4.				<input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> HIJA	<input type="checkbox"/> STUDENT

Por este medio certifico bajo pena de perjurio de acuerdo a las leyes del Estado de California que la información dad en esta forma es cierta, correcta y completa ami mejor saber y entender.

ENTIENDO QUE EXCPTO EN LOS CASOS PARA LOS TRIBUNALES DE RECLAMOS PEQUEÑOS, LOS RECLAMOS SUJETOS AL PROCDEIMIENTO DE APELACIONES DE MEDICARE DEBA CUMPLIR CON LA LEY ERISA EN CIERTAS DISPUTAS RELACIONADAS A LOS BENEFICIOS CUALQUIER DISPUTA ENTRE YO, MIS HEREDOEROS U OTRAS PARTES RELACIONADAS POR UN LADO U OTRAS PARTES , POR LA VIOLACIÓN ALEGADA DE CUALQUIER DEBER QUE SURJA O SE RELACIONE A LA MEMBRESÍA, INCLUYENDO LOS RECLAMOS POR MALA PRÁCTICA MÉDICA O DE HOSPITAL O RESPONSABILIDAD POR DAÑOS EN LAS INSTALACIONES O RELACIONADA A LA COBERTURA O A LA ENTREGA DE SERVICIOS O ARTÍCULOS, SIN IMPORTAR LA TEORÍA LEGAL, DEBERÁN DECIDIRSE POR ARBITRAJE OBLIGATORIO DE ACUERDO A LA LEY DE CALIFORNIA Y NO POR MEDIO DE UN PROCESO DE LOS TRIBUNALES, EXCEPTO COMO LO INDIQUE LA LEY APLICABLE PARA LA REVISIÓN NUDICIAL DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ARBITRAJE. QUEDO DE ACUERDO EN RENUNCIAR A MI DERECHO A UN JUICIO ANTE UN JURADO Y ACEPTO LA UTILIZACIÓN DEL ARBITRAJE OBLIGATORIO. ENTIENDO QUE LA EVIDENCIA DE COBERTURA CONTIENE LA DISPOSICIÓN COMPLETA RELACIONADA AL ARBITRAJE. ENTIENDO QUE LA PROVISIÓN DE ARBITRAJE COMPLETA ESTA CONTENIDA EN PRUEBAS DE LA COBERTURA (EOC EN INGLES). CONSIENTO EN DEJAR MI DERECHO A UN PROCESO DE JURADO Y ACEPTAR EL USO DEL ARBITRAJE OBLIGATORIO. Su solicitud no se aceptará sin su firma abajo.

Fecha: _____ Firma del Empleado: _____

SOLO PARA EL USO DE LA OFICINA DEL FONDO (Por favor no escriba en este espacio)

NEW EMPLOYEE OPEN ENROLLMENT ADD DEPENDENT
 NEWBORN COBRA - DATE OF QUALIFYING EVENT _____

REMARKS:

DATE: _____ BY: _____