



**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 (640)**

EFFECTIVE DATE:

HCID: LA

ELIGIBILITY CODE/PURCHASER NO.:

## FORMA DE SOLICITUD DE BENEFICIOS: PLANES ACTIVO Y ESPECIAL

### 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 <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTERO/A <input type="checkbox"/> CASADO/A
		MES	DÍA	AÑO		

### OPCIONES DEL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD Usted y sus dependientes deberán inscribirse en el mismo Plan de Beneficios.

**PLAN DE PAGO DIRECTO DE LOS OBREROS**

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

### 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	<b>SOLO PARA EL USO DE LA OFICINA DEL FONDO</b>
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 EXCEPTO EN LOS CASOS PARA LOS TRIBUNALES DE RECLAMOS PEQUEÑOS, LOS RECLAMOS SUJETOS AL PROCEDIMIENTO DE APELACIONES DE MEDICARE DEBA CUMPLIR CON LA LEY ERISA EN CIERTAS DISPUTAS RELACIONADAS A LOS BENEFICIOS CUALQUIER DISPUTA ENTRE YO, MIS HEREDEROS 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: \_\_\_\_\_