



**LABORERS HEALTH AND WELFARE TRUST FUND
FOR NORTHERN CALIFORNIA**
220 Campus Lane, Fairfield, CA 94534-1498
Telephone: (707) 864-2800 or Toll-Free at 1-800-244-4530
EMail Address: customerservice@norcalaborers.org
Website: http://www.norcalaborers.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 RETIRADOS

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	ÚNION 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	

¿ESTA INSCRIBIENDOSE COMO BENEFICIARIO DE UN PARTICIPANTE FALLECIDO? NO

SI: INDIQUE EL NUMERO DE SEGURO SOCIAL DEL PARTICIPANTE FALLECIDO: _____

INFORMACIÓN DE DEPENDIENTE

Haga una lista de todos los dependientes que va a inscribir. (Vea la Hoja de Instrucciones de la Forma de Solicitud de Beneficios del Plan Retirado)

ESCRIBA EL PRIMER NOMBRE Y INICIAL 2º NOMBRE Y APELLIDO SI ES DIFERENTE DEL RETIRADO)	FECHA DE NAC. MES / DÍA / AÑO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	**DOCTOR DE ATENCIÓN PRIMARIA/PMG	RELACIÓN DEL DEPENDIENTE
1.				CÓNYUGE
2.				<input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> HIJA
3.				<input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> HIJA
4.				<input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> HIJA

ADJUNTE UNA LISTA ADICIONAL SI ES NECESARIO, INCLUYENDO TODA LA INFORMACIÓN REQUIRIDA.
INCLUYA LA LISTA SUPLEMENTARIA CUANDO ENVIA LA SOLICITUD A LA OFICINA DEL FONDO.

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

SI: INDIQUE EL NOMBRE DE LA COMPANIA DE SEGUROS:

OPCIONES DEL PLAN DE BENEFICIOS PARA PARTICIPANTES QUE NO SON ELEGIBLES PARA MEDICARE

Por favor marque solamente un cuadro.

(Vea la Hoja de Instrucciones de la Forma de Solicitud de Beneficios del Plan Retirado)

A HEALTH NET (PLAN REGULAR) – GRUPO 61225C
NÚMERO DE GRUPO MÉDICO PARTICIPANTE: _____
NOMBRE DEL DOCTOR DE ATENCIÓN PRIMARIA: _____

B KAISER PERMANENTE – GRUPO 603307
NÚMERO DE GRUPO MÉDICO PARTICIPANTE: _____
HE RECIBIO ANTES SERVICIOS EN UNA INSTITUCION DE KAISER? SI NO

C PLAN DE PAGO DIRECTO

-- Llena por favor ambos lados de esta forma --



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

Por favor marque solamente un cuadro. (Vea la Hoja de Instrucciones de la Forma de Solicitud de Beneficios del Plan Retirado)

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 aunque **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 ningunos de los planes de Medicare HMO abajo mientras requieren que el individuo 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 inscriba en Medicare parte B, y, **estimaré** los beneficios pagaderos cuando sus reclamos son pagados.

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

INDIQUE LA FECHA DE VIGENCIA DE LA COBERTURA DE MEDICARE DE USTED:

PARTE A: MES: _____ AÑO: _____ PARTE B: MES: _____ AÑO: _____ PARTE D: MES: _____ AÑO: _____

INDIQUE LA FECHA DE VIGENCIA DE LA COBERTURA DE MEDICARE DE SU CONYUGE:

PARTE A: MES: _____ AÑO: _____ PARTE B: MES: _____ AÑO: _____ PARTE D: MES: _____ AÑO: _____

HEALTH NET PLAN REGULAR – GRUPO 61225D
(NO PUEDE INSCRIBIR EN ESTE PLAN SI VIVE EN EL AREA DEL SERVICIO DEL PLAN DE HEALTH NET SENIORITY PLUS)
D NÚMERO DE GRUPO MÉDICO PARTICIPANTE: _____
NOMBRE DEL DOCTOR DE ATENCIÓN PRIMARIA: _____

HEALTH NET (SENIORITY PLUS) – GRUPO 61225B
Usted debe completar una aplicación para cada persona que desea inscribirse en este Plan
E NÚMERO DEL GRUPO MÉDICO PARTICIPANTE: _____
NOMBRE DEL DOCTOR DE ATENCIÓN PRIMARIA: _____

KAISER PERMANENTE (SENIOR ADVANTAGE) – GRUPO 603307
F NÚMERO DE GRUPO MÉDICO PARTICIPANTE: _____
HE RECIBIO ANTES SERVICIOS EN UNA INSTITUCION DE KAISER? SI NO

UNITED HEALTHCARE SECURE HORIZONS – GRUPO - 401443
Usted debe completar una aplicación para cada persona que desea inscribirse en este Plan
G NOMBRE DEL DOCTOR DE ATENCIÓN PRIMARIA: _____
NÚMERO DEL GRUPO MÉDICO PARTICIPANTE _____

H PLAN DE PAGO DIRECTO

Por este medio certifico bajo pena de perjurio de acuerdo a las leyes del Estado de California que la información dada en esta forma es cierta, correcta y completa a mi 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 DEBERÁN 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 JUDICIAL 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 RETIRADO: _____

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: _____

SOLICITUD DE BENEFICIOS DEL PLAN DE RETIRADOS

HOJA DE INSTRUCCIONES

IMPORTANTE: *Usted y sus Dependientes Elegibles deben inscribirse con el mismo Proveedor de Plan de Beneficios.* Por ejemplo, si el Retirado es elegible a Medicare y escoge Health Net Seniority Plus (marca el cuadro E) y su esposa no tiene derecho para Medicare, ella debe escoger el Plan Health Net Regular (marca el cuadro A). No podrá escoger Kaiser (cuadro B) ni el Plan de Plan Pago Directo (cuadro C).

PARTICIPANTES QUE NO SON ELEGIBLES PARA MEDICARE

Punto A Si quiere el **Plan de Health Net**, marque este cuadro y escriba el nombre de su Doctor de Atención Primaria y el número del Grupo Médico Participante (PMG).

Punto B Si quiere el **Plan de Kaiser Permanente**, marque ese cuadro.

- Escribe su numero de grupo Medico siesta cubierto por Kaiser.
- Conteste la pregunta con respecto a tratamiento en una institución de Káiser:

Punto C Si quiere el **Plan de Pago Directo de los Obreros**, marque este cuadro.

SÓLO PARA LOS PARTICIPANTES ELEGIBLES A MEDICARE

IMPORTANTE: **Se requiere una copia de su Tarjeta de Medicare (con Partes A y B).** Si tanto usted como su cónyuge son elegibles para Medicare y se quieren inscribir en el mismo Plan, marque un cuadro de la D hasta la H. Note que en **Health Net**, se dispone de dos Planes diferentes para personas retirados elegibles a Medicare. Sin embargo, usted solo puede seleccionar el Plan **Health Net Regular** si el Plan de **Health Net Seniority Plus** (cuadro E) no esta disponible en su área. **Si usted marque cuadro D, E, F o G, también debe que completar el Formulario de Inscripción de HMOs por cada persona que quiere inscribir en este Plan.**

Punto D Si quiere el **Plan Health Net Regular**, marque este cuadro y escriba el nombre de su Doctor de Atención Primaria y el número del Grupo Médico Participante (PMG). **USTED NO PUEDE ELEGIR ESTE PLAN SI VIVE EN EL ÁREA DEL PLAN DE HEALTH NET SENIORITY PLUS.**

Punto E Si quiere el **Plan Health Net Seniority Plus**, marque este cuadro y escriba el nombre de su Doctor de Atención Primaria y el número del Grupo Médico Participante (PMG).

Item F Si quiere el **Plan de Kaiser Permanente Senior Advantage**, marque este cuadro.

- Escribe su numero de grupo Médico si esta cubierto por Kaiser.
- Conteste la pregunta con respecto a tratamiento en una institución de Káiser:

Item G Si quiere el **Plan UnitedHealthcare Secure Horizons Health**, marque este cuadro y escriba el nombre de su Doctor de Atención Primaria (PCP) y el número del Grupo Médico Participante (PMG). **USTED NO PUEDE ELEGIR ESTE PLAN SI USTED O SUS DEPENDIENTE NO TIENE DERECHO A MEDICARE POR QUE EL FONDO NO OFRECE UN PLAN NO-MEDICARE POR EL PLAN DE UNITED HEALTHCARE**

Item H Si quiere el **Plan de Pago Directo**, marque este cuadro.

DOCTOR DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LOS DEPENDIENTES / PMG

Item I Si usted seleccionó **Health Net Regular, Health Net Seniority Plus o UnitedHealthcare Secure Horizons Plan** y un(os) miembro(s) en la familia seleccionó un Doctor de Atención Primaria y número Grupo Medico Participante diferente que usted seleccionó, escriba el nombre de cada Doctor de Atención Primaria y número Grupo Médico Participante de cada dependiente aquí.

Si usted seleccionó el **Plan de Kaiser Permanente** o el **Plan Kaiser Permanente Senior Advantage** y cualquier miembro de su familia usa Kaiser Permanente, escriba el número Médico aquí.