



LABORERS HEALTH AND WELFARE TRUST FUND FOR NORTHERN CALIFORNIA
LABORERS PENSION TRUST FUND FOR NORTHERN CALIFORNIA
 220 Campus Lane, Fairfield, CA 94534-1498
 Teléfono: (707) 864-2800 o Numero Gratuito al 1-800-244-4530
 Correo Electrónico: customerservice@norcalaborers.org
 Sitio de Web: http://www.norcalaborers.org

FORMA DE INSCRIPCIÓN DE BENEFICIARIO (Doc. 457)

INFORMACIÓN DE BENEFICIARIO (Por favor imprima claramente con tinta)

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	NOMBRE: PRIMERO		MEDIO	APELLIDO
DIRECCIÓN POSTAL	CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL
FECHA DE NAC. MES / DÍA / AÑO	GÉNERO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	NUMERO DE TELÉFONO	CORREO ELECTRONICO, SI TIENE	

DECLARACIÓN DEL BENEFICIARIO

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 verdadera, correcta y completa a lo mejor de mi conocimiento.

FECHA: _____ FIRMA: _____

IMPORTANTE: Complete esta sección solamente SI ES ELEGIBLE para la cobertura de Salud y Bienestar. NO complete esta sección si está solicitando un beneficio de Pensión sólo como beneficiario.

INFORMACIÓN DE DEPENDIENTES – Haga una lista de todos los dependientes elegibles que quiere inscribir en el Plan de Salud y Bienestar. Esta forma será devuelta como incompleta si no indica la fecha de nacimiento y número de Seguro Social de cada dependiente.

IMPORTANTE: Haga una lista de todos los “Hijos Elegibles” que se inscribirán en el Plan de Salud y Bienestar. El término “Hijos Elegibles” significa sus hijos menores de 26 años sin importar su estado civil y sus hijos solteros de 26 años de edad o más que estén totalmente incapacitados como lo explica el Plan. A menos que los documentos hayan sido entregados antes, tiene obligación de enviar por correo los documentos correspondientes que se indican abajo a la Oficina del Fondo para comprobar su relación con su dependiente:

- HIJO PROPIO** – Certificado de Nacimiento **HIJASTRO** – Certificado de Nacimiento
- HIJO ADOPTADO** – Certificado de Nacimiento y documento de Adopción Legal
- TUTORÍA LEGAL** – Los papeles o documentos de tutoría de un Tribunal nombrándolo como tutor legal

Escriba su número de seguro social en cada uno de los documentos para fines de identificación. Por favor notifique o comuníquese con la Oficina del Fondo si los documentos no están disponibles.

SI ALGUNO DE SUS DEPENDIENTES TIENE OTRA COBERTURA GRUPO DE SEGURO, MARQUE ESTE CUADRO .

ESCRIBA EL PRIMER NOMBRE Y INICIAL (Y EL APELLIDO SI ES DIFERENTE AL SUYO)	FECHA DE NAC. MES / DÍA / AÑO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	RELACIÓN CON EL DEPENDIENTE
1.			<input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> HIJA
2.			<input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> HIJA
3.			<input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> HIJA

SÓLO PARA USO DE LA OFICINA DEL FONDO

DECEASED PENSIONER'S SSN	NAME

