



LABORERS HEALTH AND WELFARE TRUST FUND FOR NORTHERN CALIFORNIA
LABORERS VACATION-HOLIDAY TRUST FUND FOR NORTHERN CALIFORNIA
LABORERS PENSION TRUST FUND FOR NORTHERN CALIFORNIA
LABORERS ANNUITY PLAN 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

Parte I. INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE (Por favor imprima claramente con tinta)

| | | | | | |
|--------------------------------|---|---|--|--------|---------------|
| NÚMERO DE SEGURO SOCIAL | NOMBRE: PRIMERO | | | MEDIO | APELLIDO |
| DIRECCIÓN POSTAL | CIUDAD | | | ESTADO | CODIGO POSTAL |
| NÚMERO DE TELÉFONO | CORREO ELECTRÓNICO, SI TIENE | UNIÓN LOCAL | <input type="checkbox"/> Cuando posible prefiero recibir información de beneficios en Español. | | |
| FECHA DE NACIMIENTO | GENERO | ESTADO CIVIL | MES | DÍA | AÑO |
| MES DÍA AÑO / / | <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO | <input type="checkbox"/> CASADO/A – La fecha de Matrimonio: <input type="checkbox"/> SOLTERO/A | / | / | / |

Parte II. INFORMACIÓN DE DEPENDIENTES

IMPORTANTE: Haga una lista de todos los “**Dependientes Elegibles**” que va a inscribir en el Plan de Salud y Bienestar. El término “**Dependientes Elegibles**” significa su cónyuge legal, sus hijos menores de 26 años sin importar su estatus matrimonial y sus hijos solteros de 26 años de edad o más que estén totalmente incapacitados según se explica en el Plan. A menos que haya entregado anteriormente los documentos, tiene obligación de enviar los documentos aplicables siguientes a la Oficina del Fondo para comprobar su relación a sus dependientes:

- CÓNYUGE** – Certificado de Matrimonio **HIJO PROPIO** – Certificado de Nacimiento
HIJO ADOPTADO – Certificado de Nacimiento y documento de Adopción Legal
HIJASTRO – Certificado de Nacimiento (Para determinar la elegibilidad, le enviaremos por correo una Declaración Jurada para la Cobertura de Hijastro)
CUSTODIA LEGAL – Los documentos de custodia legal de un Tribunal que le nombre como custodio 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. Para información de inscripción de un **Compañero Doméstico** por favor lea al reverso para la información y los documentos requeridos.

| 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"/> CÓNYUGE <input type="checkbox"/> COMP. DOMÉSTICO |
| 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 |
| 5. | | | <input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> HIJA |

Se le devolverá esta forma si no incluye la fecha de nacimiento y número de Seguro Social de su dependiente.

Parte III. INFORMACIÓN DE BENEFICIARIO – DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO

1. **Fondos de Fideicomiso de Salud y Bienestar y de Vacación y Feriado** – Usted podrá designar a cualquier beneficiario que desee. Los Beneficios que se deban de estos Fondos se pagarán a su beneficiario nombrado.

2. **Fondo de Fideicomiso de Pensión y Plan de Anualidad** – Si usted está casado/a, los beneficios se pagaran a su cónyuge sobreviviente y no a su beneficiario nombrado si no es su cónyuge de acuerdo con las disposiciones de Pensión y de Anualidad. Póngase en contacto con la Oficina del Fondo o consulte los folletos del Plan para más información con respecto a los pagos de los beneficios a sus beneficiarios.

Si quiere designar a más de una persona en uno o más de los Fondos, no complete esta sección. Marque este cuadro para recibir la forma correspondiente que se necesite.

| | | | | | | |
|-------------------------|-----------------|--|--|--------|---------------|----------|
| NÚMERO DE SEGURO SOCIAL | NOMBRE: PRIMERO | | | MEDIO | APELLIDO | RELACIÓN |
| DIRECCIÓN POSTAL | CIUDAD | | | ESTADO | CODIGO POSTAL | |

Parte IV. INFORMACIÓN DE OTROS SEGUROS

¿Tiene alguno de sus dependientes que están en la lista al reverso de esta forma alguna otra cobertura de plan patrocinado por un empleador ya sea médico, de recetas médicas, dental u óptico como empleado o como dependiente? No Sí
Si contestó "No", salte la sección IV. Si contestó "Sí", llene la sección IV. Si tiene más de un dependiente que tenga otro plan patrocinado por una empresa, haga una fotocopia de la sección IV y complete la sección por cada dependiente.

| Nombre del Asegurado/a o titulares de la póliza | | Relación al Participante | |
|---|---------------------|---|--|
| Número de Seguro Social o Número de Identificación del Asegurado | | Nombre del empleador proporcionando la cobertura | |
| TIPO DE BENEFICIOS QUE SE PROPORCIONAN | NÚMERO DE PÓLIZA | FECHA DE VIGENCIA | ¿CUBRE A LOS DEPENDIENTES? |
| NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL PLAN MÉDICO | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO |
| NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL PLAN DENTAL | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO |
| NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL PLAN DE RECETAS MÉDICAS | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO |
| NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL PLAN ÓPTICO | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO |

Parte V. INFORMACIÓN DEL COMPAÑERO DOMÉSTICO

Con el fin de determinar si su Compañero Doméstico cumple con los requisitos del Plan para la cobertura de Compañeros Domésticos, por favor entregue la documentación siguiente. Para inscribir a los hijos de su Compañero Doméstico, de ser el caso, debe entregar los documentos correspondientes indicados en la sección de información de dependientes de esta forma.

Una declaración escrita de su empleador certificando que el empleador tiene un contrato de trabajo con la Ciudad o Condado de San Francisco, con la Ciudad de Oakland, con la Ciudad de Sacramento, con el Condado de San Mateo o con el Estado de California. Si el empleador tiene un contrato con el Estado de California, también debe certificar que la cantidad acumulativa del contrato es de \$100,000.00 ó más durante el año fiscal del Estado.

Si su empleador certifica que está realizando negocios o ha celebrado un contrato de trabajo con la Ciudad o Condado de San Francisco, la Ciudad de Oakland o con la Ciudad de Sacramento, también debe entregar una copia del certificado de Sociedad Doméstica expedido por cualquier ciudad, condado o agencia estatal.

Si su empleador certifica que está realizando negocios o ha celebrado un contrato de trabajo con el **Condado de San Mateo o con el Estado de California**, usted y su compañero deben estar registrados como socios domésticos con el **Secretario de Estado de California**, obtener un certificado de sociedad doméstica de la oficina del Secretario de Estado y entregar una copia a la Oficina del Fondo. Por favor tengan presente que la Ley 17 de la Asamblea recientemente aprobada se aplica al **Condado de San Mateo y al Estado de California**. La ley AB 17 exige a los empleadores proporcionar beneficios sólo a los compañeros del **mismo sexo**. Hay una excepción para compañeros domésticos del sexo opuesto si uno de ellos es mayor de 62 años.

DECLARACIÓN DEL PARTICIPANTE – DEBE poner fecha y firmar esta forma

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 lo mejor de mi conocimiento.

FECHA:

FIRMA: