



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

**FUND OFFICE USE ONLY (610)**

EFF. DATE:

HCID: **LA**

ELIGIBILITY CODE/GROUP NO.:

/

**FORMA DE INSCRIPCIÓN – PLANES DENTALES**

**INFORMACION DEL PARTICIPANTE RETIRADO** (IMPRESA CLARAMENTE UTILIZANDO UNA PLUMA)

NUMERO DE SEGURO SOCIAL	PRIMER NOMBRE	MEDIO	APELLIDO
DOMICILIO RESIDENCIAL		CIUDAD	ESTADO CODIGO POSTAL
NUMERO DE TELEFONO ( )	UNION LOCAL	FECHA DE NACIMIENTO MES DIA AÑO	GENERO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO
		ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO/A	

**OPCIONES DE LOS PLANES DENTALES**

**IMPORTANTE:** Usted y sus dependientes debe que alecciona el mismo Plan Dental. Por favor marque solamente un cuadro

**Delta Dental.** Cualquier dentista, sin embargo, usted paga menos costo del propio bolsillo al utilizar un dentista de Delta Dental Premier.

**Delta Care USA.** Atención Dental solo con los dentistas de Delta Care USA.

Nombre de Oficina Dental: \_\_\_\_\_ Nu. De Facilidad: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE DEPENDIENTE**

(Haga una lista de todos los dependientes que va inscribir. Si necesita mas espacio utiliza el parte de atrás.

ESCRIBA EL PRIMER NOMBRE Y INICIAL 2º (Y APELLIDO SI ES DIFERENTE DEL EMPLEADO)	FECHA DE NAC. MES / DIA / AÑO	RELACION DEL DEPENDIENTE	<b>FUND OFFICE USE ONLY</b>
1.		CONYUGE	
2.		<input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> HIJA	<input type="checkbox"/> ESTUDIANTE
3.		<input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> HIJA	<input type="checkbox"/> ESTUDIANTE

*Entiendo que una vez que he seleccionado un Plan Dental, sólo puedo cambiar a otro Plan Dental durante la inscripción abierta del Fondo que es cada 1º de marzo. Acuerdo será limitado por los beneficios, deducciones, copagos, exclusiones y otros términos del acuerdo de grupo de Plan*

**Importante:** Su Solicitud no será aceptada sin la firma tuya abajo. Por favor devuelva esta Forma de Solicitud a la Oficina de Fondo. Si usted inscrita en Delta Care USA, cualquier disputa que puede presentarse entre usted y el Plan Dental será sujeto al arbitraje obligatorio.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma de Empleado: \_\_\_\_\_

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

<input type="checkbox"/> NEW RETIREE <input type="checkbox"/> OPEN ENROLLMENT	REMARKS:
<input type="checkbox"/> COBRA - DATE OF QUALIFYING EVENT _____	DATE: _____ BY: _____