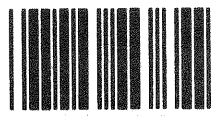




# NORTHERN CALIFORNIA CARPENTERS FUNDS ENROLLMENT FORM

P.O. BOX 2280, OAKLAND, CALIFORNIA 94621-0180 · TELEPHONE (510) 633-0333 (888) 547-2054



SÓLO ESCRIBIR A MÁQUINA O CON TINTA NEGRA

EMPLEADO NUEVO  EXPEDIENTE ACTUALIZADO

|  |               |                                  |  |  |
|--|---------------|----------------------------------|--|--|
| 1. N.º DE SEGURO SOCIAL  | 2. N.º DE UBC | 3. NOMBRE (APELLIDO)<br>(NOMBRE) | (INICIA L)   | 4. FECHA DE NAC.<br>MES DÍA AÑO  |
| 5. DIRECCIÓN (NÚMERO) CALLE - LÍNEA 1 <input type="checkbox"/> Marque si tiene un nuevo domicilio  |               |                                  | 6. ¿JUBILADO?<br>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 7. SEXO<br>HOMBRE <input type="checkbox"/><br>MUJER <input type="checkbox"/> |
| DIRECCIÓN - LÍNEA 2  |               |                                  | 8. TELÉFONO DEL HOGAR<br>( )<br>CÓDIGO DE ÁREA                           |  |
| CIUDAD   | ESTADO        | CÓDIGO POSTAL                    | PAÍS   | DIRECCIÓN ELECTRÓNICA  |
| 9. EMPLEADOR ACTUAL O MÁS RECIENTE   |               | NÚMERO DEL SINDICATO LOCAL       | FECHA DE AFILIACIÓN  |  |
| OCUPACIÓN:   |               | TIPO DE DESTREZA:                |  |  |
| 10. ¿SE ESTÁ INSCRIBIENDO COMO BENEFICIARIO DE UN PARTICIPANTE FALLECIDO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO<br>SI SÍ, POR FAVOR PROPORCIONE EL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL PARTICIPANTE FALLECIDO: |               |                                  |  |  |

## 11. SELECCIÓN DEL PLAN MÉDICO

### PARTICIPANTE ACTIVO: MARQUE SÓLO UNO

- INDEMNITY MEDICAL PLAN
- KAISER PERMANENTE
- INTERNATIONAL BENEFIT OPTION (Vea el punto N.º 11 al reverso de este formulario)

### PARTICIPANTE JUBILADO: MARQUE SÓLO UNO

- INDEMNITY MEDICAL PLAN
- KAISER PERMANENTE
- HEALTH NET (No disponible para los participantes activos)

## 12. INFORMACIÓN SOBRE EL MATRIMONIO Y LOS DEPENDIENTES

MARQUE UNA OPCIÓN  SOLTERO  CASADO  SEPARADO  DIVORCIADO  VIUDO

NOMBRE DEL EXCÓNYUGE: \_\_\_\_\_  
MES DÍA AÑO MES DÍA AÑO MES DÍA AÑO MES DÍA AÑO

AL AÑADIR O ELIMINAR DEPENDIENTES, se requiere la presentación de documentación certificada, véase el punto 12 al reverso.  
DEPENDIENTES: LISTE LOS NOMBRES DE LOS DEPENDIENTES ELEGIBLES, VEA LAS INSTRUCCIONES AL REVERSO.

| NOMBRE COMPLETO | INICIAL | APELLIDO (SI ES DIFERENTE) | FECHA DE NACIMIENTO | N.º DE SEGURO SOCIAL | ¿ELEGIBLE PARA MEDICARE? | ¿ELEGIBLE PARA MEDICARE? | ¿SE ADJUNTA COMPROBANTE DE LA RELACIÓN? | RELACIÓN   |
|-----------------|---------|----------------------------|---------------------|----------------------|--------------------------|--------------------------|---|--|
| A.              |         |                            |                     |                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> CÓNYUGE<br><input type="checkbox"/> COMPAÑERO DOMÉSTICO   |
| B.              |         |                            |                     |                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                | HIJO HIJA HIJASTRO HIJASTRA<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| C.              |         |                            |                     |                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                | HIJO HIJA HIJASTRO HIJASTRA<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| D.              |         |                            |                     |                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                | HIJO HIJA HIJASTRO HIJASTRA<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| E.              |         |                            |                     |                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                | HIJO HIJA HIJASTRO HIJASTRA<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| F.              |         |                            |                     |                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                | HIJO HIJA HIJASTRO HIJASTRA<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

## 13. INFORMACIÓN SOBRE EL BENEFICIARIO

LOS BENEFICIOS POR FALLECIMIENTO Y/O LAS VACACIONES ACUMULADAS SE DEBEN PAGAR A: PROPORCIONE EL NOMBRE COMPLETO LEGAL DE LA(S) PERSONA(S), LA RELACIÓN, LA DIRECCIÓN Y EL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL. EN CASO DE MENORES DE EDAD TAMBIÉN ANOTE EL NOMBRE DEL TUTOR. LA(S) PERSONA(S) NOMBRADA(S) SE CONSIDERARÁ(N) SU(S) BENEFICIARIO(S) BAJO TODOS LOS PLANES CARPENTER. SI DESEA DESIGNAR MÚLTIPLES BENEFICIARIOS O UN BENEFICIARIO DIFERENTE PARA FONDOS DIFERENTES, POR FAVOR PROPORCIONE LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE EN OTRA HOJA.

NOMBRE(S) RELACIÓN DIRECCIÓN (CALLE/CIUDAD/ESTADO) FECHA / NAC. N.º DE SEGURO SOCIAL

SI EL BENEFICIARIO ES MENOR DE EDAD, PROPORCIONE EL NOMBRE Y LA DIRECCIÓN DEL TUTOR

NOMBRE: DIRECCIÓN:

SOLICITO LA AFILIACIÓN AL PLAN MÉDICO PARA LAS PERSONAS LISTADAS, Y ACUERDO QUE ACATAREMOS LAS DISPOSICIONES DEL ACUERDO DE SERVICIO DE LA ORGANIZACIÓN DE MANTENIMIENTO DE LA SALUD (HMO) O LOS REGLAMENTOS DE INDEMNITY PLAN, LO QUE CORRESPONDA. ENTIENDO QUE EL ACUERDO DE SERVICIO DISPONE QUE TODAS LAS RECLAMACIONES, INCLUSIVE LAS DE PRÁCTICA MÉDICA INADECUADA, QUE SURJAN PORQUE YO CREO O UNA PERSONA RELACIONADA CONMIGO, CREE QUE UNA ACCIÓN DE LA HMO, O QUE SURJA DE MI RELACIÓN CON LA HMO, LOS HOSPITALES DE LA HMO O EL GRUPO MÉDICO DE LA HMO COMO MIEMBRO O PACIENTE, HA CAUSADO ALGÚN DAÑO, SE DEBE SOMETER A ARBITRAJE OBLIGATORIO EN LUGAR DE UN JUICIO PENAL. (HEALTH NET NO REQUIERE QUE LAS RECLAMACIONES POR PRÁCTICA MÉDICA INADECUADA SE SOMETAN A UN ÁRBITRO.)

**ACUERDO DE ARBITRAJE DE KAISER PERMANENTE:** ENTIENDO QUE (EXCEPTO EN LOS CASOS PARA TRIBUNALES DE RECLAMACIONES MENORES, RECLAMACIONES SUJETAS A PROCEDIMIENTOS DE APELACIÓN DE MEDICARE, Y, SI MI GRUPO DEBE CUMPLIR CON ERISA, CIERTAS DISPUTAS RELACIONADAS CON LOS BENEFICIOS) CUALQUIER DISPUTA QUE SURJA ENTRE MI PERSONA, MIS HEREDEROS U OTRAS PARTES ASOCIADAS POR UN LADO, Y HEALTH PLAN, SUS PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA U OTRAS PARTES ASOCIADAS POR EL OTRO, DEBIDO A SUPUESTAS VIOLACIONES DE CUALQUIER OBLIGACIÓN QUE SURJA DE O ESTÉ RELACIONADA CON LA AFILIACIÓN EN HEALTH PLAN, INCLUSIVE CUALQUIER RECLAMACIÓN POR PRÁCTICAS MÉDICAS U HOSPITALARIAS INADECUADAS, POR RESPONSABILIDAD DEL LOCAL, O RELACIONADA CON LA COBERTURA DE, O EL SUMINISTRO DE, SERVICIOS O ARTÍCULOS, INDEPENDIENTEMENTE DE LA TEORÍA LEGAL, SE DEBE DECIDIR MEDIANTE ARBITRAJE OBLIGATORIO BAJO LAS LEYES DE CALIFORNIA Y NO POR LITIGIO O RECURSO EN UN PROCESO JUDICIAL, EXCEPTO COMO LA LEY CORRESPONDIENTE LO DISPONGA PARA LA REVISIÓN JUDICIAL DEL ARBITRAJE. ENTIENDO QUE LA DISPOSICIÓN COMPLETA DE ARBITRAJE ESTÁ CONTENIDA EN LA EVIDENCIA DE COBERTURA.

YO, POR MEDIO DE LA PRESENTE, CERTIFICO BAJO PENA DE PERJURIO BAJO LAS LEYES DEL ESTADO DE CALIFORNIA, QUE LA INFORMACIÓN QUE SE PROPORCIONA EN ESTE FORMULARIO ES VERDICA, CORRECTA Y COMPLETA A MI MEJOR ENTENDER.

14. (FIRMA) (FECHA)



**Cada participante debe notificar prontamente a la Oficina del Fondo cuando ocurra algún cambio en el estado familiar debido a matrimonio, nacimiento de un niño, fallecimiento, disolución de matrimonio (divorcio) o cambio de beneficiario. Cuando ocurra un cambio se debe completar un nuevo Formulario de Inscripción y se debe enviar por correo a la Oficina del Fondo.**

Estimado participante:

Debe completar cuidadosamente este formulario de inscripción e introducir la información requerida tan ordenada y claramente como sea posible. Esta información es una parte importante del expediente oficial que usted tiene en el Fondo. La mayoría de los puntos indica claramente la información requerida; sin embargo, a continuación se encuentran las instrucciones de aquellos puntos que pudiesen requerir una explicación adicional.

**Punto 1** Anote su Número de Seguro Social como aparece en su tarjeta de Seguro Social.

**Punto 4** Por favor anote el mes, día y año de su nacimiento. No es suficiente sólo el año.

**Punto 11** **Participantes activos:** Usted tiene la opción de elegir: Indemnity Medical Plan, Kaiser Permanente o International Benefit Option. Sólo los participantes cuyos dependientes residen fuera de Estados Unidos se deben inscribir en la opción International Benefit Option, que proporciona al participante cobertura de indemnidad, y dispone el reembolso de las primas pagadas a un gobierno extranjero para pagar atención médica. Si elige International Benefit Option sus dependientes NO serán elegibles para recibir los beneficios bajo este Plan. **Si elige Indemnity Medical Plan, por favor note: "LAS REGLAS PHANTOM COB" limitan la cobertura del cónyuge para los cónyuges que trabajan y que no eligen la cobertura de salud y bienestar de su propio empleador, si es que la tienen disponible.**

**Participantes jubilados:** Usted tiene la opción de elegir: Indemnity Medical Plan, Kaiser Permanente o Health Net.

**Punto 12 AL AÑADIR DEPENDIENTES**

El Fondo tiene derecho de solicitar un comprobante de matrimonio, de divorcio o de nacimiento para verificar la información proporcionada y para determinar la elegibilidad de inscripción de un dependiente.

Entre los dependientes elegibles se incluyen:

- I. **Su cónyuge legal o compañero doméstico calificado.** En el evento de la disolución final de su matrimonio (divorcio), el cónyuge ya no es elegible para la cobertura y usted debe completar y enviar por correo inmediatamente un formulario de inscripción nuevo a la Oficina del Fondo para eliminar a su cónyuge como su dependiente. Si no lo hace, se le puede considerar responsable del pago de cualquiera de los beneficios proporcionados a los que su ex cónyuge ya no tenga derecho. **[CERTIFICACIÓN REQUERIDA: Certificado o licencia certificada de matrimonio, documento registrado de la disolución final del matrimonio.]**
- II. **Los hijos solteros menores del participante que sean menores de 19 años.** Esto incluye hijastros o niños para los cuales el participante haya sido nombrado tutor legal, suponiendo que el niño sea menor de 19 años, viva con el participante y dependa principalmente del participante para su manutención; **[CERTIFICACIÓN REQUERIDA: certificado de nacimiento, documentos de tutoría legal.]**
- III. **Sus hijos solteros mayores de 19 años pero menores de 23 años,** suponiendo que sean financieramente dependientes de usted y que estén asistiendo a una institución educativa o de capacitación como estudiantes de tiempo completo. **[CERTIFICACIÓN REQUERIDA: Comprobante de asistencia a tiempo completo a una institución acreditada.]**
- IV. **Un hijo soltero de cualquier edad que sea incapaz de ganarse la vida debido a una discapacidad mental o física** también se considera un dependiente elegible, suponiendo que el niño esté discapacitado y sea elegible bajo el Fondo cuando cumpla la edad limitante y sea principalmente dependiente del participante para su manutención. Se deben presentar comprobantes de la dependencia y de la discapacidad del niño ante Indemnity Medical Plan o la HMO de su preferencia y el Fondo. **[CERTIFICACIÓN REQUERIDA: Declaración del médico]**

**Punto 13** Si ahora no está casado y nunca lo ha estado, su beneficiario puede ser cualquier persona o personas que usted nombre. Si está casado en el momento de su fallecimiento, los beneficios al fallecimiento bajo el Plan de Pensiones y el Plan de Anualidades son pagaderos sólo a su cónyuge superviviente, a menos que él o ella haya autorizado previamente un beneficiario alternativo. Si alguna vez estuvo casado pero se ha divorciado, es posible que se le requiera obtener el consentimiento de su ex cónyuge para designar a cualquier otra persona como beneficiario de tales beneficios. Puede solicitar un cambio de beneficiario en cualquier momento presentando un nuevo formulario de inscripción y cualquier consentimiento necesario. Si no nombra un beneficiario, es posible que sea necesario la convalidación de su testamento. La persona o personas nombradas se considerarán sus beneficiarios bajo todos los planes de Carpenter a menos que usted especifique otra cosa.

**Punto 14** **Asegúrese de firmar y fechar este formulario y devolverlo a la Oficina del Fondo. Además, asegúrese de haber anotado correctamente todas las fechas de nacimiento y todos los dependientes.**

*Después de completar el reverso de este formulario devuélvalo a:*

**CARPENTER FUNDS ADMINISTRATIVE OFFICE OF NORTHERN CALIFORNIA, INC.**  
P.O. Box 2280, Oakland, California 94621-0180 EE.UU.

