

UNITED FOOD AND COMMERCIAL WORKERS & EMPLOYERS
Arizona Health & Welfare Trust

ADMINISTRATOR: Southwest Service Administrators, Inc. • www.southwestservicetpa.com
2400 W. Dunlap Ave., Suite 250 • Phoenix, AZ 85021 • Phone 602-249-3582 • Toll Free 1-800-474-3485 • Fax 602-249-3795



FORMULARIO DE CERTIFICACIÓN DE ADULTO DEPENDIENTE

Yo, _____ [escriba su nombre con letra de imprenta], por el presente hago las siguientes declaraciones y acuerdos:

1. Desde la fecha de que esta certificación está hecha por mí, tengo por lo menos 18 años de edad pero todavía no he llegado a la edad de 26. (fecha de nacimiento: ____/____/____)
2. Certifico lo siguiente:
 - A. Mi Número de Seguro Social es: ____/____/____
 - B. Estoy empleado: ____SÍ ____NO
Reúno los requisitos para un plan médico de grupo: ____SÍ ____NO
 - C. Mi cónyuge está empleado: ____SÍ ____NO ____NO ESTOY CASADO
 - D. Tengo derecho a estar cubierto bajo el plan médico de grupo de mi cónyuge: ____SÍ ____NO
3. Desde la fecha de que esta certificación sea firmada por mí, no estoy cubierto por ningún plan médico de grupo patrocinado por un empleador ni tengo derecho de participar (como se define abajo) en ninguno, o por mi propio empleo o (si estoy casado) o por el empleo de mi cónyuge. Entiendo que esto no se aplica a la elegibilidad bajo un plan médico de grupo mantenido por cualquiera de mis padres.

“Plan médico de grupo” quiere decir cualquier plan, póliza o programa que proporciona beneficios o cobertura para los servicios hospitalarios o médicos. “Derecho de participar” quiere decir que yo podría participar pero he optado por no estar cubierto.
4. Acepto que si llego a estar cubierto alguna vez por un plan médico de grupo (aparte de cómo dependiente de un plan de uno de mis padres) o si llego a tener derecho a participar en tal plan médico de grupo, pero opto por no participar en dicho plan, lo informaré al Fondo de Fideicomiso con prontitud.
5. Entiendo que si en cualquier tiempo antes de la edad de 26 años llego a estar cubierto por un plan médico de grupo o tener el derecho a participar en el mismo (aparte de cómo dependiente de un plan de uno de mis padres), entonces no tendré derecho a cobertura del Fondo de Fideicomiso y no podré recibir ningunos beneficios del mismo. Si recibo beneficios del Fondo de Fideicomiso mientras estoy cubierto o tengo derecho a participar en otro plan médico de grupo, acepto devolver todos dichos beneficios al Fondo de Fideicomiso con prontitud.

Declaro bajo pena de perjurio según las leyes del Estado de Arizona y los Estados Unidos que lo anterior es verdadero y correcto.

Fecha: _____ Firma: _____

ACUERDO POR EL PADRE PARTICIPANTE:

Yo, _____ [escriba su nombre con letra de imprenta], soy el padre o la madre del niño que está haciendo la anterior certificación y por razón de mi empleo soy participante en el Fondo de Fideicomiso.

Mi Número de Seguro Social es: ____/____/____

Acepto tener responsabilidad solidaria de devolver cualesquiera beneficios descritos en la anterior certificación.

Fecha: _____ Firma: _____