

# UFCW & Employers Arizona Health and Welfare Trust

2400 W. Dunlap Ave., Suite 250, Phoenix, AZ 85021

Phone (602) 249-3582 Toll Free (800) 474-3485 Fax (602) 249-3795

## FORMA DE INSCRIPCIÓN

Se tiene que llenar este formulario completamente al **ENTRAR** en el Plan Y también se puede usar para presentar cualquier información actualizada durante todo el año.

✓ **Verificaciones de entrada o anualmente - IMPORTANTE - NO SE DEMORE.** Antes de que se pueda pagar los beneficios para usted y su familia, se tiene que enviar su formulario a la Oficina del Fondo. Sin esta información, la Oficina del Fondo **no puede** certificar los **beneficios** a los médicos, hospitales, laboratorios, farmacias ni ning ún otro proveedor de cuidado médico. **NO ESPERE HASTA QUE UN FAMILIAR NECESITE EL CUIDADO M ÉDICO. ENV ÍE SU FORMULARIO LLENADO A LA OFICINA DEL FONDO AHORA.**

### MARQUE UNO: EMPLEADO NUEVO AGREGUE CÓNYUGE, RECIEN NACIDO/HIJO CAMBIO DE DATOS PERSONALES

#### INFORMACION DE EMPLEADO

1. APELLIDO:	NOMBRE DE PILA:	SI:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	2. FECHA DE NACIMIENTO / /	3. NO. DE SEGURO SOCIAL / /
4. DIRECCIÓN <input type="checkbox"/> MARQUE AQUÍ SE ES NUEVA DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	5. NO. DE TELEFONO ( ) -	6. EMPLEADOR

#### INFORMACION DE CONYUGE

7. APELLIDO:	NOMBRE DE PILA:	SI:	8. FECHA DE NACIMIENTO / /	9. NO. DE SEGURO SOCIAL / /
10. ¿TRABAJA SU CONYUGE? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		SE ES ASÍ - EMPLEADOR:		

#### OTRA INFORMACIÓN DEL SEGURO DE CONYUGE

11. ¿OFRECE EL EMPLEADOR DE SU CÓNYUGE UN PLAN MÉDICO DE GRUPO?  SI  NO (SI ES "NO", VAYA AL #12) GRUPO O NO. DE I.D. \_\_\_\_\_  
 SI ES ASÍ, ¿ESTA SU CÓNYUGE EN EL PLAN MÉDICO DE SU EMPLEADOR?  SI  NO FAVOR DE INDICAR EL TIPO DE COBERTURA:  MÉDICA,  DENTAL,  VISIÓN  
 FECHA DE VIGENCIA DE LA COBERTURA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS \_\_\_\_\_

12. SI ES NO - ¿POR QUE?  NO REÚNE LOS REQUISITOS HASTA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,  OTRO - EXPLIQUE \_\_\_\_\_  
 NOTE: SI SU CÓNYUGE REÚNE LOS REQUISITOS PARA BENEFICIOS **MÉDICOS** BAJO EL PLAN DE SU EMPLEADOR, ESTE PLAN ACREDITARÁ ESA COBERTURA SI SU CÓNYUGE SE INSCRIBE EN ESO O NO.  
 MEDICARE?  SI  NO (SI **MEDICARE ELIGIBLE ADJUNTAR UNA COPIA DE LA TARJETA DE MEDICARE**) NO. DE HICN \_\_\_\_\_

EL DERECHO AL PLAN PARA TODAS LAS PERSONAS INDICADAS ESTARÁ SUJETO A TODAS LAS DISPOSICIONES Y LIMITACIONES DEL ACUERDO DE FIDEICOMISO EN EL DOCUMENTO DEL PLAN ADEMÁS DE CUALQUIER REGLA O REGULACIÓN ADOPTADA POR EL CONSEJO DE FIDEICOMISARIOS. FAVOR DE VER SU DESCRIPCIÓN EN RESUMEN DEL PLAN PARA UNA EXPLICACIÓN COMPLETA.

#### 13. INFORMACION DE NIÑOS DEPENDIENTES (DEPENDIENTE HIJO DE LA EDAD DE 19 A 26)

NOMBRE (APELLIDO, NOMBRE DE PILA, SI)	NO. DE SEGURO SOCIAL	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	RELACION CON EL EMPLEADO
	/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	/ /	<input type="checkbox"/> HIJO NATURAL <input type="checkbox"/> HIJASTRO <input type="checkbox"/> OTRA, ESPECIFIQUE:
	/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	/ /	<input type="checkbox"/> HIJO NATURAL <input type="checkbox"/> HIJASTRO <input type="checkbox"/> OTRA, ESPECIFIQUE:
	/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	/ /	<input type="checkbox"/> HIJO NATURAL <input type="checkbox"/> HIJASTRO <input type="checkbox"/> OTRA, ESPECIFIQUE:
	/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	/ /	<input type="checkbox"/> HIJO NATURAL <input type="checkbox"/> HIJASTRO <input type="checkbox"/> OTRA, ESPECIFIQUE:
	/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	/ /	<input type="checkbox"/> HIJO NATURAL <input type="checkbox"/> HIJASTRO <input type="checkbox"/> OTRA, ESPECIFIQUE:

NOTE: TIENE QUE ADJUNTAR UNA ACTA DE NACIMIENTO PARA LOS DEPENDIENTES NUEVAMENTE AGREGADOS, TIENE QUE ADJUNTAR UNA FORMA DE CERTIFICACIÓN DE ADULTOS DEPENDIENTES PARA CUALQUIER NIÑO DEPENDIENTE DE LAS EDADES DE 19 A 26.

#### 14. INFORMACION DE OTRO SEGURO DE DEPENDIENTES

¿ESTA CUBIERTO POR OTRO PLAN EL DEPENDIENTE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	SI ES ASÍ - ESCRIBA EL NOMBRE DEL EMPLEADO CUBIERTO:	NO. DE SEGURO SOCIAL
MEDICARE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	FECHA VIGENTE DE LA COBERTURA:	/ /
SI <b>MEDICARE ELIGIBLE ADJUNTAR UNA COPIA DE LA TARJETA</b>	NOMBRE DEL OTRO PLAN:	
FAVOR DE INDICAR EL TIPO DE COBERTURA: <input type="checkbox"/> MÉDICA, <input type="checkbox"/> DENTAL, <input type="checkbox"/> VISIÓN	DIRECCION:	GRUPO O NO. DE I.D. O DE HICN:

#### 15. AVISO DE CAMBIO: AGREGUE DEPENDIENTE(S) ELIMINE DEPENDIENTE(S)

MATRIMONIO <input type="checkbox"/>	APELLIDO:	NOMBRE DE PILA:	NO. DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO
DIVORCIO <input type="checkbox"/>			/ /	/ /
OTRO <input type="checkbox"/>	SI ES OTRO - FAVOR DE EXPLICAR:			
MATRIMONIO <input type="checkbox"/>	APELLIDO:	NOMBRE DE PILA:	NO. DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO
DIVORCIO <input type="checkbox"/>			/ /	/ /
OTRO <input type="checkbox"/>	SI ES OTRO - FAVOR DE EXPLICAR:			

NOTE: TIENE QUE ADJUNTAR UNA COPIA DEL CERTIFICADO DE MATRIMONIO O DECRETO DE DIVORCIO.

#### 16. AVISO DE FRAUDE

ENTIENDO QUE EL FONDO DE FIDEICOMISO ESTÁ CONFIANDO EN MIS RESPUESTAS EN ESTE FORMULARIO. DECLARO, BAJO PENA DE PERJURIO, QUE LAS RESPUESTAS DADAS A TODAS LAS PREGUNTAS EN ESTE FORMULARIO SON VERDADES Y EXACTAS. ENTIENDO QUE SI A SABIENDAS Y CON LA INTENCIÓN DE DEFRAUDAR EL FONDO DE FIDEICOMISO, YO PROPORCIONO INFORMACIÓN QUE ES SUSTANCIALMENTE FALSA O SI OCULTO, PARA EL PROPÓSITO DE ENGAÑAR, INFORMACIÓN CON RESPECTO A CUALQUIER MATERIAL DE HECHO A ESO, PUEDO ESTAR SUJETO A PENAS CIVILES Y CRIMINALES. ENTIENDO QUE ES UN DELITO FEDERAL PENADO CON UNA MULTA O ENCARCELAMIENTO, O LOS DOS, PARA HACER A SABIENDAS UNAS DECLARACIONES FALSAS EN ESTE FORMULARIO DE VERIFICACIÓN.

DECLARO BAJO PENA DE PERJURIO BAJO LAS LEYES DEL ESTADO DE ARIZONA QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN ESTE ES VERDAD Y CORRECTA SEGÚN MI ENTENDER Y CONSIENTO EN LAS DISPOSICIONES ESTIPULADAS MÁS ARRIBA EN ESTE FORMULARIO, LAS CUALES HE LEÍDO Y ENTIENDO COMPLETAMENTE.

#### 17. AUTORIZACION PARA REVELAR INFORMACION Y AUTORIZACION PARA PAGAR BENEFICIOS AL PROVEEDOR

POR LA PRESENTE AUTORIZO A CUALQUIER MÉDICO O HOSPITAL PARA PROPORCIONAR Y REVELAR TODOS LOS DATOS CONOCIDOS CON RESPECTO A MI RECLAMACIÓN. REEMBOLSARÉ AL FONDO CUALQUIER PAGO EN EXCESO QUE SE PAGUE A MÍ O DE MI PARTE DEBIDO A UN ERROR EN ESTE FORMULARIO.

POR LA PRESENTE AUTORIZO EL PAGO DIRECTAMENTE AL PROVEEDOR POR SUS SERVICIOS COMO SE DESCRIBE EN ESTO, O EN DECLARACIONES SUPLEMENTARIAS, QUE NO EXCEDA LOS CARGOS RAZONABLES Y DE COSTUMBRE PARA ESOS SERVICIOS. ENTIENDO QUE ESTA AUTORIZACIÓN PERMANECERÁ EN VIGOR HASTA QUE SE CANCELE POR ESCRITO POR MI.

FIRMA DE EMPLEADO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA
-------------------	-------------------------	-------