

BUILDING TRADES BENEFIT FUNDS

(FONDOS DE BENEFICIOS)

50 CHARLES LINDBERGH BLVD. SUITE 207 UNIONDALE, NY 11553

TARJETA DE INSCRIPCIÓN

ÚLTIMO NOMBRE DE MIEMBRO		PRIMER NOMBRE	INIT.	NO. DE SEGURIDAD SOC.	<input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER
DIRECCIÓN			NO. DE APTO.	FECHA DE NACIMIENTO	NUMERO DE TELEFONO:
CIUDAD	ESTADO		CÓDIGO POSTAL	CORREO ELECTRÓNICO	<input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> VIUDA/O
NOMBRE DE TIENDA		CLASE DE TRABAJO		FECHA CONTRATADO	

COMPLETE LO SIGUIENTE PARA SU CONYUGE Y TODO LOS HIJOS DEPENDIENTE.

PRIMER & ÚLTIMO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	NO. DE SEGURIDAD SOC.	RELACIÓN
1)				
2)				
3)				
4)				
5)				

PARA CUBRIR SU CONYUGE BAJO DE EL PLAN DE SALUD - PROPORCIONE UNA COPIA DE SU LICENCIA DE MATRIMONIO.  
PARA CUBRIR A SUS HIJOS DEPENDIENTES BAJO EL PLAN DE SALUD - PROPORCIONE UNA COPIA DE LOS CERTIFICADO DE NACIMIENTO. SI NO ES SU NIÑO BIOLÓGICO PROPORCIONE DOCUMENTOS QUE ENDICTE SU RELACIÓN CON EL NIÑO (EX: DOCUMENTOS DE ADOPCIÓN)

SI CASADO/A COMPLETE ESTA SECCIÓN.

FECHA DE MATRIMONIO	CIUDAD, ESTADO Y PAIS DE MATRIMONIO
---------------------	-------------------------------------

EN CASO DE DIVORCIO O SEPARACIÓN LEGAL COMPLETE ESTA SECCIÓN.

FECHA DE DIVORCIO /SEPARACIÓN	SI AY UN ORDEN DE CORTE QUE PROPORCIONE COBERTURA DE SALUD PARA SU DEPENDIENTES. POR FAVOR PROPORCIONE UNA COPIA AL FONDO.    SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
-------------------------------	---

SI SU CONYUGE ESTA EMPLEADO COMPLETE ESTA SECCIÓN.

COMPLETO NOMBRE DE EMPLEADOR DE SU CÓNYUGE	FECHA CONTRATADO
DIRECCIÓN DE EMPLEADOR	TELÉFONO DE EMPLEADOR

LA PERSONA(S) DECLARADA(S) SERAN BENEFICIADORES DE CUALQUIER BEENFICIO EN QUE ESOY ENTITULADO DESPUES DE MI MUERTE.

PRIMERO Y ÚLTIMO NOMBRE	NO. DE SEGURIDAD SOC.	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN	PCT.
1)				
2)				
3)				

LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS SERAN COMPARTIDO IGUALMENTE ALMENOS QUE ESPECÍFICAMENTE ENDICTE LO CONTRARIO EN EL PCT.

FIRMA DE MIEMBRO

FECHA