



## PLAN 150 ENROLLMENT (H.E.R.E.I.U. Welfare Fund)

Please check one:

☐ New Enrollee

☐ Adding Dependents

SECTION 1: YOUR INFORMATION										
LAST NAME		FIRST NAME		M.I.		SOCIAL SECURITY NO.		BIRTHDATE		SEX <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
HOME ADDRESS				CITY		STATE	ZIP CODE		TELEPHONE	
LOCAL UNION	EMPLOYER COMPANY NAME		JOB CLASSIFICATION		DATE HIRED	LANGUAGE PREFERENCE <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Other _____		E-MAIL ADDRESS		
SECTION 2: DEPENDENTS										
Complete this section to enroll for coverage of your spouse and/or eligible dependents. Eligible dependents include your lawful spouse (same sex domestic partner) and your unmarried children, including stepchildren, adopted children, and children for whom you are a court-appointed guardian, up to age 19 (or 23 if a full-time student), according to the Plan. For spouse, you will need to bring a <b>certified</b> copy of your marriage certificate. For children, you will need to bring a <b>certified</b> copy of each child's birth certificate. For domestic partner (same sex), please contact the Customer Service Office at 702-733-9938 for additional information.										
LAST NAME OF SPOUSE		FIRST NAME OF SPOUSE		M.I.	SEX (M/F)	SOCIAL SECURITY NUMBER		DATE OF MARRIAGE	DATE OF BIRTH	VERIFIED
LAST NAME OF DEPENDENTS		FIRST NAME OF DEPENDENTS								
SECTION 3: OTHER INSURANCE COVERAGE										
ARE YOU OR ANY OF YOUR DEPENDENTS INSURED UNDER ANY OTHER GROUP MEDICAL OR DENTAL INSURANCE – (including Culinary, Student, Accident, or government plan)? If yes, complete the next lines. <b>Please Note: If your dependent spouse is eligible for health benefits at their work, Culinary may require your spouse to enroll for benefits at their job to be a covered dependent in the Culinary Plan. * See employer list.</b>										
Is your spouse employed? <input type="checkbox"/> YES - Please complete questions 1 and 2 below. <input type="checkbox"/> NO - Please go to SECTION 5										
1. Employer's Name:										
2. Is your spouse covered by his/her employer Health Plan? <input type="checkbox"/> YES - Please complete 2a. <input type="checkbox"/> NO - Please complete 2b.										
2a. If YES, please indicate:  Insurance Name: _____  Address: _____  Phone Number: _____  Policy Number: _____ Effective Date: _____  Insurance Type: <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Family  Coverage Type: (please check all that apply) <input type="checkbox"/> Medical <input type="checkbox"/> Dental						2b. If NO, please provide reason:  <input type="checkbox"/> Insurance is not offered  <input type="checkbox"/> Part Time Employee – not eligible for health benefits  <input type="checkbox"/> Spouse eligible but not signed up  <input type="checkbox"/> New employee, will be eligible _____				
List below your other Dependents insured under other Health Plan		Employer Name and Address			Name, Address, and Effective Date of Insurance Co.			Policy #	Type of Coverage:	
									Please check all that apply: <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Family <input type="checkbox"/> Medical <input type="checkbox"/> Dental	
									Please check all that apply: <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Family <input type="checkbox"/> Medical <input type="checkbox"/> Dental	
SECTION 5: CONSENT INFORMATION										
By my signature below, I acknowledge that the Culinary Health Fund and its authorized agents may use and disclose health information for purposes related to evaluating, processing, and reviewing my claims or my dependent's claims, and I consent to the disclosure of information requested by the Culinary Health Fund by any medical professional, hospital or other medical-care institution, insurance support organization, pharmacy, governmental agency, insurance company, group policyholder, employer or benefit plan administrator.										
This consent will be valid for the entire period of my eligibility and my dependent's eligibility under the Culinary Health Fund's plan of benefits.										
I understand and agree that any intentional omissions or incorrect statements made on this form may result in the termination of my and/or my dependents' health benefits.										
I hereby certify that all information provided on this form is accurate and complete to the best of my knowledge.										
Signature _____					Date _____					

03/10



## INSCRIPCIÓN PLAN 150 (H.E.R.E.I.U. Welfare Fund)

Por favor marque uno:

☐ Inscripción nueva

☐ Agregando beneficiarios

SECCIÓN 1: SU INFORMACIÓN								
APELLIDO		NOMBRE		INICIAL	N° DE SEGURO SOCIAL		FECHA DE NACIMIENTO	SEXO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
DIRECCIÓN DE SU HOGAR				CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO
UNIÓN LOCAL	NOMBRE DE COMPAÑÍA DE SU EMPLEADOR	CLASIFICACIÓN DE TRABAJO	FECHA DE CONTRATACIÓN	PREFERENCIA DE IDIOMA <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____		DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		
<b>SECCIÓN 2: DEPENDIENTES</b> Complete esta sección para la inscripción de cobertura de su cónyuge y/o sus dependientes. Los dependientes elegibles incluyen a su cónyuge legal (pareja por cohabitación del mismo sexo) y sus hijos solteros, incluyendo hijastros, hijos adoptados e hijos de quienes usted es el tutor nombrado por la corte, de hasta 19 años (ó 23 años si son estudiantes de tiempo completo) de acuerdo al Plan. Para su cónyuge usted tendrá que traer una copia <b>certificada</b> de su acta de matrimonio. Para sus hijos usted tendrá que traer una copia <b>certificada</b> del acta de nacimiento de cada uno. Para su pareja por cohabitación favor de comunicarse a la Oficina de Servicios al Cliente al 702-733-9938 para más información.								
APELLIDO DEL CÓNYUGE	NOMBRE DEL CÓNYUGE	INICIAL	SEXO (M/F)	N° DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE MATRIMONIO	FECHA DE NACIMIENTO	VERIFICADO	
APELLIDO DE DEPENDIENTES	NOMBRE DE DEPENDIENTES							
<b>SECCIÓN 3: OTRA COBERTURA DE SEGURO</b> ¿USTED O ALGUNO DE SUS DEPENDIENTES ESTÁN ASEGURADOS CON CUALQUIER OTRO SEGURO DE GRUPO MÉDICO O DENTAL (Incluyendo Culinaria, de estudiante, de accidente o plan de gobierno)? De ser así complete las siguientes líneas. <b>Favor de tomar nota: Si su cónyuge dependiente es elegible para beneficios de salud en su trabajo, es posible que la Culinaria requiera que su cónyuge se inscriba para beneficios en su trabajo para ser un dependiente cubierto bajo el Plan de la Culinaria. *Ver lista de empleadores.</b>								
¿Su cónyuge está empleado(a)? <input type="checkbox"/> SÍ – Por favor complete las preguntas 1 y 2 debajo. <input type="checkbox"/> NO – Por favor vaya a la <b>SECCIÓN 5</b>								
1. Nombre del Empleador: _____								
2. ¿Su cónyuge está cubierto por el plan de beneficios de salud de su empleador? <input type="checkbox"/> SÍ – Por favor complete 2a. <input type="checkbox"/> NO – Por favor complete 2b.								
<b>2a. Si usted contestó que SÍ, por favor indique:</b> Nombre de su Seguro: _____ Dirección: _____ Número de Teléfono: _____ Número de Póliza: _____ Fecha de Efectividad: _____ Tipo de Seguro: <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Familia Tipo de Cobertura: (por favor marque todo el que aplique) <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental				<b>2b. Si usted contestó que NO, por favor comparta su motivo:</b> <input type="checkbox"/> El seguro no es ofrecido. <input type="checkbox"/> Es empleado(a) de tiempo medio – no es elegible para los beneficios de salud. <input type="checkbox"/> Cónyuge es elegible, pero no se inscribió. <input type="checkbox"/> Es un empleado(a) nuevo(a), será elegible en: _____				
Nombre de Dependiente(s) que estén cubiertos bajo otro Plan de Salud	Nombre y Dirección del Empleador		Nombre, Dirección y Fecha efectiva de la Compañía de Seguros			Número de Póliza	Tipo de Cobertura:	
							Marque todos los que apliquen: <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental	
							Marque todos los que apliquen: <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental	
<b>SECCIÓN 5: INFORMACIÓN DE CONSENTIMIENTO</b> Por mi firma abajo reconozco que el Culinary Health Fund y sus agentes autorizados pueden usar y divulgar información médica para propósitos relacionados a la evaluación, procesamiento y revisión de mis reclamaciones o las reclamaciones de mis dependientes y consiento a la divulgación de la información solicitada al Culinary Health Fund por cualquier profesional de salud, hospital u otra instalación médica, organización de apoyo de seguro, farmacia, agencia de gobierno, compañía de seguros, tenedor de la póliza de seguros de grupo, empleador o administrador de los beneficios del Plan. Este consentimiento será válido por el periodo completo de mi elegibilidad y la elegibilidad de mis dependientes de acuerdo al plan de beneficios del Culinary Health Fund. Comprendo y estoy de acuerdo de que cualquier omisión intencional o declaraciones incorrectas hechas en este formulario podrían resultar en la terminación de los beneficios de salud de mis dependientes y/o míos. Por este medio certifico que toda la información proporcionada en este formulario es correcta y completa según mi leal saber y entender.								
Firma				Fecha				