



1901 Las Vegas Blvd. So. Suite 107
Las Vegas, Nevada 89104-1309
(702) 733-9938
www.culinaryhealthfund.org

FORMULARIO ADMINISTRATIVO
DE INSCRIPCIÓN ABIERTA

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE:

NOMBRE COMPLETO (APELLIDO, PRIMERO, SEG. INIC.):			SSN:		
FECHA DE NACIMIENTO:	SEXO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO/SEPARADO			
DIRECCIÓN, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL:					
TELÉFONO:		CORREO ELECTRÓNICO:			
IDIOMA PREFERIDO: <input type="checkbox"/> INGLÉS <input type="checkbox"/> ESPAÑOL <input type="checkbox"/> OTRO _____				UNIÓN LOCAL:	
NOMBRE DEL EMPLEADOR:		CLASE DE TRABAJO:		FECHA DE CONTRATACIÓN: __/__/____	

INFORMACIÓN DE LOS DEPENDIENTES (Debe presentar prueba original o copia certificada de la relación, tal como acta de matrimonio y/o de nacimiento, etc.):

APELLIDO	PRIMER NOMBRE – SEGUNDA INICIAL	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	SSN	PARENTESCO CON EL PARTICIPANTE	HIJO ADULTO
			<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO		CÓNYUGE; FECHA DE MATRIMONIO: __/__/____	
			<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO		HIJO/HIJA DEPENDIENTE	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO		HIJO/HIJA DEPENDIENTE	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO		HIJO/HIJA DEPENDIENTE	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO		HIJO/HIJA DEPENDIENTE	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO		HIJO/HIJA DEPENDIENTE	<input type="checkbox"/>

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE (En caso de divorcio debe notificar al Culinary Health Fund):

¿EL CÓNYUGE TRABAJA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿LE OFRECEN SEGURO MÉDICO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	SI NO, RAZÓN: <input type="checkbox"/> NO SE OFRECE SEGURO MÉDICO <input type="checkbox"/> ELIGIBLE NO INSCRITO <input type="checkbox"/> EMPLEADO DE MEDIO TIEMPO <input type="checkbox"/> NUEVO EMPLEADO ELEGIBLE __/__/____
NOMBRE DEL EMPLEADOR:		TIPO DE SEGURO: <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> FAMILIAR

INFORMACIÓN DEL ADULTO DEPENDIENTE:

NOMBRE:		
¿EL ADULTO DEPENDIENTE TRABAJA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿LE OFRECEN SEGURO MÉDICO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	SI NO, RAZÓN: <input type="checkbox"/> NO SE OFRECE SEGURO MÉDICO <input type="checkbox"/> ELIGIBLE NO INSCRITO <input type="checkbox"/> EMPLEADO DE MEDIO TIEMPO <input type="checkbox"/> NUEVO EMPLEADO ELEGIBLE __/__/____
NOMBRE DEL EMPLEADOR:		TIPO DE SEGURO: <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> FAMILIAR
FIRMA:		

NOMBRE:		
¿EL ADULTO DEPENDIENTE TRABAJA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿LE OFRECEN SEGURO MÉDICO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	SI NO, RAZÓN: <input type="checkbox"/> NO SE OFRECE SEGURO MÉDICO <input type="checkbox"/> ELIGIBLE NO INSCRITO <input type="checkbox"/> EMPLEADO DE MEDIO TIEMPO <input type="checkbox"/> NUEVO EMPLEADO ELEGIBLE __/__/____
NOMBRE DEL EMPLEADOR:		TIPO DE SEGURO: <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> FAMILIAR
FIRMA:		

NOMBRE:		
¿EL ADULTO DEPENDIENTE TRABAJA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿LE OFRECEN SEGURO MÉDICO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	SI NO, RAZÓN: <input type="checkbox"/> NO SE OFRECE SEGURO MÉDICO <input type="checkbox"/> ELIGIBLE NO INSCRITO <input type="checkbox"/> EMPLEADO DE MEDIO TIEMPO <input type="checkbox"/> NUEVO EMPLEADO ELEGIBLE __/__/____
NOMBRE DEL EMPLEADOR:		TIPO DE SEGURO: <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> FAMILIAR
FIRMA:		

INFORMACIÓN DE SEGUROS ADICIONALES (PROPORCIONE OTROS SEGUROS MÉDICOS INCLUYENDO MEDICARE/MEDICAID):

PERSONA(S) CUBIERTAS	NOMBRE DEL SEGURO ADICIONAL	FECHA EFECTIVA	NÚMERO DE PÓLIZA	TIPO DE SEGURO	
				<input type="checkbox"/> MÉDICO <input type="checkbox"/> DENTAL	<input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> FAMILIAR
				<input type="checkbox"/> MÉDICO <input type="checkbox"/> DENTAL	<input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> FAMILIAR

INFORMACIÓN DE CONSENTIMIENTO:

Al firmar abajo reconozco que el Culinary Health Fund y sus agentes autorizados pueden hacer uso y revelar la información de salud por motivos relacionados con evaluar, procesar y revisar mi reclamo o el reclamo de mis dependientes, y doy consentimiento para la divulgación de información requerida por el Culinary Health Fund, por un profesional médico, hospital u otra institución de cuidado médico, organización de apoyo a un seguro, farmacia, agencia gubernamental, compañía de seguro, grupo asegurado, empleador, o administrador del plan de beneficios.

Este consentimiento será válido por el periodo de mi elegibilidad y la de mis dependientes bajo el plan de beneficios del Culinary Health Fund.

Entiendo y acepto que cualquier información incorrecta u omisión intencional proporcionada en este formulario puede resultar en la terminación de mis beneficios y los de mis dependientes.

Por la presente certifico que la información proporcionada en este formulario es completa y correcta a mi leal saber y entender.

Firma

Fecha



Culinary Health Fund (UNITE HERE HEALTH)
FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS
PARA EL SEGURO DE VIDA DEL PLAN 150

*1901 Las Vegas Blvd. South Suite 107
Las Vegas, Nevada 89104-1309
(702) 733-9938
www.culinaryhealthfund.org*

NOMBRE COMPLETO (APELLIDO, PRIMERO, SEGUNDO):		
FECHA DE NACIMIENTO (MES/DÍA/AÑO):	SEXO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	SSN:
DIRECCIÓN, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL:		
TELÉFONO:	CORREO ELECTRÓNICO:	

BENEFICIARIOS PRIMARIOS DEL SEGURO DE VIDA

NOMBRE (APELLIDO, PRIMERO, SEGUNDO):		SSN (si disponible):
FECHA DE NACIMIENTO (MES/DÍA/AÑO):	RELACIÓN:	PORCIÓN DEL BENEFICIO: %
DIRECCIÓN:		TELÉFONO:

NOMBRE (APELLIDO, PRIMERO, SEGUNDO):		SSN (si disponible):
FECHA DE NACIMIENTO (MES/DÍA/AÑO):	RELACIÓN:	PORCIÓN DEL BENEFICIO: %
DIRECCIÓN:		TELÉFONO:

NOMBRE (APELLIDO, PRIMERO, SEGUNDO):		SSN (si disponible):
FECHA DE NACIMIENTO (MES/DÍA/AÑO):	RELACIÓN:	PORCIÓN DEL BENEFICIO: %
DIRECCIÓN:		TELÉFONO:

BENEFICIARIOS SECUNDARIOS DEL SEGURO DE VIDA

(Proporcione la información de quien usted desee que reciba los beneficios del seguro de vida en el caso de que los beneficiarios primarios no le sobrevivan a usted.)

NOMBRE (APELLIDO, PRIMERO, SEGUNDO):		SSN (si disponible):
FECHA DE NACIMIENTO (MES/DÍA/AÑO):	RELACIÓN:	PORCIÓN DEL BENEFICIO: %
DIRECCIÓN:		TELÉFONO:

NOMBRE (APELLIDO, PRIMERO, SEGUNDO):		SSN (si disponible):
FECHA DE NACIMIENTO (MES/DÍA/AÑO):	RELACIÓN:	PORCIÓN DEL BENEFICIO: %
DIRECCIÓN:		TELÉFONO:

El monto total de todas las porciones debe ser equivalente al 100%. Si usted nombra a más de un beneficiario pero no indica el porcentaje que cada uno recibirá, el monto total será dividido equitativamente entre los beneficiarios vivos. Si usted nombra a más de un beneficiario y uno de ellos fallece antes de usted, la porción de ese beneficiario será dividida equitativamente entre los beneficiarios sobrevivientes, al menos que usted indique de otra manera. La misma regla aplica a sus beneficiarios secundarios.

La cobertura depende de los requisitos de elegibilidad del Plan y todos los beneficios del plan están sujetos a las reglas adoptadas por la Junta Directiva del UNITE HERE HEALTH Fund. Este formulario reemplaza todos los nombramientos previos de beneficiarios. Debe ser firmada y fechada para tener validez, y no entrará en vigor hasta ser recibida por la oficina del Culinary Health Fund.

Firma del Participante/Asegurado: _____ **Fecha:** _____

Fecha Registrada (Para Uso de la Oficina Solamente)

DEVUELVA EL FORMULARIO COMPLETO A:

CULINARY HEALTH FUND
1901 LAS VEGAS BLVD. SOUTH SUITE 107
LAS VEGAS, NV 89104-1309
(702) 733-9938



Cuestionario Privado de Salud

Nombre de su empleador: _____

¿Cuál es su posición? _____

¿Quiere recibir mensajes de texto del Culinary Health Fund?

☐ Sí ☐ No Celular: _____ Fecha: _____

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

SSN: _____

Dirección: _____

Tel: _____ ☐ Casa ☐ Celular

Correo Electrónico: _____

Para Usted

1. ¿Alguna vez ha tenido algún otro seguro médico? ☐ Sí ☐ No Si contestó sí, ¿qué seguro? _____

2. ¿Tiene un doctor regular? ☐ Sí, Dr. _____ ☐ No

3. ¿Usted fuma? ☐ Sí ☐ No Si contestó sí, ¿le gustaría dejar de fumar? ☐ Sí ☐ No

4. ¿Usted sufre de alguna de estas condiciones?

☐ Diabetes

☐ Colesterol Alto

☐ Asma/Alergias

☐ Cardiopatía

☐ Problemas de Riñón

☐ Depresión/Ansiedad

☐ Presión Alta

☐ Enfisema

☐ Cáncer

5. ¿Qué medicamentos está tomando? _____

6. ¿Está embarazada? ☐ Sí ☐ No ☐ N/A Fecha de parto: _____

Si contestó sí, ¿le interesaría tomar clases para aprender a amamantar? ☐ Sí ☐ No

7. Seleccione los exámenes que se ha echo:

☐ Examen para el cáncer de colon (50+)

☐ Examen de la próstata (hombres 40+)

☐ Examen de la osteoporosis

☐ Examen sanguíneo para el colesterol

☐ Papanicolau (mujeres) Fecha

(mujeres 65+)

☐ Mamografía (mujeres) Fecha (si la sabe):

(si la sabe): _____

Para su cónyuge

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono: _____

1. ¿Alguna vez ha tenido algún otro médico? ☐ Sí ☐ No Si contestó sí, ¿qué seguro? _____

2. ¿Tiene un doctor regular? ☐ Sí, Dr. _____ ☐ No

3. ¿Usted fuma? ☐ Sí ☐ No Si contestó sí, ¿le gustaría dejar de fumar? ☐ Sí ☐ No

4. ¿Usted sufre de alguna de estas condiciones?

☐ Diabetes

☐ Colesterol Alto

☐ Asma/Alergias

☐ Cardiopatía

☐ Problemas de Riñón

☐ Depresión/Ansiedad

☐ Presión Alta

☐ Enfisema

☐ Cáncer

5. ¿Qué medicamentos está tomando? _____

6. ¿Está embarazada? ☐ Sí ☐ No ☐ N/A Fecha de parto: _____

Si contestó sí, ¿le interesaría tomar clases para aprender a amamantar? ☐ Sí ☐ No

7. Seleccione los exámenes que se ha echo:

☐ Examen para el cáncer de colon (50+)

☐ Examen de la próstata (hombres 40+)

☐ Examen de la osteoporosis

☐ Examen sanguíneo para el colesterol

☐ Papanicolau (mujeres) Fecha

(mujeres 65+)

☐ Mamografía (mujeres) Fecha (si la sabe):

(si la sabe): _____

Para usted, su cónyuge/ hijo(a):

¿Usted, su cónyuge o su hijo(a) necesita ayuda para perder peso? ☐ Usted ☐ Cónyuge

☐ Hijo(a): _____

☐ Hijo(a): _____

☐ Hijo(a): _____

☐ Hijo(a): _____

¿Hay alguna otra condición médica con la que necesite ayuda usted, su cónyuge o su hijo(a)? ☐ Usted ☐ Cónyuge

☐ Hijo(a): _____

☐ Hijo(a): _____

☐ Hijo(a): _____

☐ Hijo(a): _____