



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

ADMINISTRATIVE OPEN ENROLLMENT FORM

PARTICIPANT INFORMATION:

FULL NAME (LAST, FIRST, MI):			SSN:		
DOB:	GENDER: <input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE		MARITAL STATUS: <input type="checkbox"/> SINGLE <input type="checkbox"/> MARRIED <input type="checkbox"/> DIVORCED/SEPARATED		
ADDRESS, CITY, STATE, ZIP:					
TELEPHONE:			EMAIL:		
LANGUAGE PREFERENCE: <input type="checkbox"/> ENGLISH <input type="checkbox"/> SPANISH <input type="checkbox"/> OTHER _____					LOCAL UNION:
EMPLOYER NAME:			JOB CLASS:		DATE OF HIRE: ____/____/____

DEPENDENT INFORMATION (You must provide original or certified copy of proof of relationship such as marriage and/or birth certificate, etc.):

LAST NAME	FIRST NAME - MIDDLE INITIAL	DATE OF BIRTH	GENDER	SSN	RELATION TO PARTICPANT	ADULT CHILD
			<input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE		SPOUSE; DATE OF MARRIAGE: ____/____/____	
			<input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE		DEPENDENT CHILD	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE		DEPENDENT CHILD	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE		DEPENDENT CHILD	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE		DEPENDENT CHILD	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE		DEPENDENT CHILD	<input type="checkbox"/>

SPOUSE INFORMATION (In the event of divorce you must notify the Culinary Health Fund):

SPOUSE WORKS? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	IS INSURANCE OFFERED? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	IF NO, REASON: <input type="checkbox"/> INSURANCE NOT OFFERRED <input type="checkbox"/> ELIGIBLE NOT ENROLLED <input type="checkbox"/> PART TIME EMPLOYEE <input type="checkbox"/> NEW EMPLOYEE ELIGIBLE ____/____/____
EMPLOYER NAME:		INSURANCE TYPE: <input type="checkbox"/> SINGLE <input type="checkbox"/> FAMILY

ADULT DEPENDENT INFORMATION:

NAME:		
ADULT DEPENDENT WORKS? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	IS INSURANCE OFFERED? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	IF NO, REASON: <input type="checkbox"/> INSURANCE NOT OFFERRED <input type="checkbox"/> ELIGIBLE NOT ENROLLED <input type="checkbox"/> PART TIME EMPLOYEE <input type="checkbox"/> NEW EMPLOYEE ELIGIBLE ____/____/____
EMPLOYER NAME:		INSURANCE TYPE: <input type="checkbox"/> SINGLE <input type="checkbox"/> FAMILY
SIGNATURE:		

NAME:		
ADULT DEPENDENT WORKS? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	IS INSURANCE OFFERED? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	IF NO, REASON: <input type="checkbox"/> INSURANCE NOT OFFERRED <input type="checkbox"/> ELIGIBLE NOT ENROLLED <input type="checkbox"/> PART TIME EMPLOYEE <input type="checkbox"/> NEW EMPLOYEE ELIGIBLE ____/____/____
EMPLOYER NAME:		INSURANCE TYPE: <input type="checkbox"/> SINGLE <input type="checkbox"/> FAMILY
SIGNATURE:		

NAME:		
ADULT DEPENDENT WORKS? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	IS INSURANCE OFFERED? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	IF NO, REASON: <input type="checkbox"/> INSURANCE NOT OFFERRED <input type="checkbox"/> ELIGIBLE NOT ENROLLED <input type="checkbox"/> PART TIME EMPLOYEE <input type="checkbox"/> NEW EMPLOYEE ELIGIBLE ____/____/____
EMPLOYER NAME:		INSURANCE TYPE: <input type="checkbox"/> SINGLE <input type="checkbox"/> FAMILY
SIGNATURE:		

NAME:		
ADULT DEPENDENT WORKS? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	IS INSURANCE OFFERED? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	IF NO, REASON: <input type="checkbox"/> INSURANCE NOT OFFERRED <input type="checkbox"/> ELIGIBLE NOT ENROLLED <input type="checkbox"/> PART TIME EMPLOYEE <input type="checkbox"/> NEW EMPLOYEE ELIGIBLE ____/____/____
EMPLOYER NAME:		INSURANCE TYPE: <input type="checkbox"/> SINGLE <input type="checkbox"/> FAMILY
SIGNATURE:		

OTHER INSURANCE INFORMATION (LIST ANY OTHER INSURANCE INCLUDING MEDICARE/MEDICAID):

PERSON(S) COVERED	OTHER INSURANCE NAME	EFFECTIVE DATE	POLICY NUMBER	INSURANCE TYPE
				<input type="checkbox"/> MEDICAL <input type="checkbox"/> SINGLE <input type="checkbox"/> DENTAL <input type="checkbox"/> FAMILY
				<input type="checkbox"/> MEDICAL <input type="checkbox"/> SINGLE <input type="checkbox"/> DENTAL <input type="checkbox"/> FAMILY

CONSENT INFORMATION:

By my signature below, I acknowledge that the Culinary Health Fund and its authorized agents may use and disclose health information for purpose 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, government 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



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