

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

FONDO DE ASISTENCIA PÚBLICA SOUTH BAY PARA EMPLEADOS DE HOTEL Y EMPLEADOS DE RESTAURANTE

POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA

The English version is on the back of this page

F22

CONSULTE LAS INSTRUCCIONES EN LA SECCIÓN DE INFORMACIÓN GENERAL DE SU FOLLETO ANTES DE LLENAR ESTE FORMULARIO.

Nuevo miembro Inscripción abierta Cambio de domicilio Cambio de nombre _____
NOMBRE ANTERIOR

Elección del plan de servicios médicos: Si usted no elige un plan de servicios médicos, usted será automáticamente inscrito en el "Self-Funded Plan" [Plan de autofinanciamiento].

Miembros de South Bay: Self-Funded Plan Kaiser Permanente PacifiCare HMO
 Miembros de Central Coast: Self-Funded Plan PacifiCare HMO

Elección del plan dental: Si usted no elige un plan dental, usted será automáticamente inscrito en el "Pacific Union Dental Plan" [Plan dental de Pacific Union]. Los miembros de Central Coast serán inscritos automáticamente en el "Self-Funded Plan" [Plan de autofinanciamiento].

Self-Funded Plan Pacific Union Dental Plan [No está disponible para miembros de Central Coast]

Elección de cobertura para dependientes: Si usted desea obtener cobertura para sus dependientes actuales que tienen derecho a obtenerla, ellos tienen que ser inscritos al mismo tiempo que usted obtiene su derecho a cobertura o durante el periodo abierto de inscripción. Usted tiene que pagar por la cobertura de sus dependientes. Yo elijo cobertura para mi cónyuge y/o mis hijos cuyos nombres están escritos en este formulario de inscripción. Número de dependientes _____.

NOMBRE [Apellido, nombre, inicial del 2º nombre]	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO CON EL MIEMBRO	MARQUE SI EL NIÑO ES HIJASTRO, ESTA EN CUSTODIA TEMPORAL O ES ADOPTADO	MARQUE SI ES UN ESTUDIANTE DE TIEMPO COMPLETO
MIEMBRO			[DÍA / MES / AÑO]	ÉL / ELLA MISMO [A]		

DIRECCIÓN PARA ENVÍOS POSTALES [CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL]

CÓNYUGE				FECHA DE CASAMIENTO		
NIÑOS DEPENDIENTES						

1. ¿Están usted o su cónyuge, u otros dependientes, cubiertos por algún otro grupo médico o plan de seguro dental?
 SÍ NO [En caso afirmativo, por favor proporcione la información solicitada.]

 NOMBRE DE LA PERSONA QUE TIENE OTRA COBERTURA NO. DE SEGURO SOCIAL NO. DE PÓLIZA O DE IDENTIFICACIÓN

 NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA OTRA COMPAÑÍA DE SEGUROS CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

2. El otro seguro cubre: al Miembro al Cónyuge a los Niños
 La otra cobertura incluye: Servicios médicos Dental

No. telefónico de su casa _____ Empleador _____

Yo verifico que la información presentada anteriormente es verdadera y completa según mis conocimientos actuales.
 Entiendo que mi selección de plan médico y dental no puede ser cambiada hasta el siguiente periodo abierto de inscripción.

 Firma [el formulario tiene que ser firmado por el miembro participante] Fecha

DEVUELVA EL FORMULARIO A LA OFICINA DE ADMINISTRACIÓN A: ADMINISTRATION OFFICE, P.O. BOX 34203, SEATTLE, WA 98124-1203

Una vez que hayamos recibido este formulario de inscripción, se le enviarán materiales adicionales de inscripción para el plan que haya elegido. Solicitudes adicionales de HMO/POS serán incluidas con los materiales HMO/POS y tendrán que ser devueltas a la Oficina de administración para que usted pueda recibir cobertura.