

Plan de salud y seguridad para carpinteros del noroeste

Solicitud de inscripción

Complete todos los apartados de esta solicitud y entréguesela a Northwest Carpenters Trusts (Fideicomisos de Carpinteros del Noroestecon) los documentos requeridos para inscribir a las personas dependientes a su cargo. Los documentos requeridos figuran en el reverso de este formulario. Northwest Carpenters Trusts no puede completar su inscripción ni la de su familia, activar su elegibilidad o emitir tarjetas de identificación médicas, de prescripción o dentales sin su solicitud firmada y los documentos requeridos debidamente archivados en los registros de Northwest Carpenters Trusts.

Sección 1: Información del participante

Por favor, indique el nombre legal tal como aparece en su tarjeta de la Seguridad Social (de la persona dependiente) o en la declaración del impuesto sobre la renta de las personas físicas.

	Apellido	Nombre	Inicial segundo nombre	Fecha de nacimiento	Nº de la Seguridad Social
Nombre legal del participante					
Dirección postal				Teléfono fijo	
Ciudad, estado, código postal				Nº tel. móvil	
Unión local			Email		
Marque <i>todo</i> lo que corresponda	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a	<input type="checkbox"/> Divorciado/a	<input type="checkbox"/> Legalmente separado	<input type="checkbox"/> Viudo/a

Sección 2: Información de la persona dependiente

Enumere las personas a cargo que desee inscribir. Por favor, indique su nombre legal tal como aparece en su tarjeta de la Seguridad Social (de la persona dependiente) o en la declaración del impuesto sobre la renta de las personas físicas de los EE.UU. Por favor, no olvide facilitar los documentos necesarios para inscribir a la persona dependiente a su cargo. Los hijos a cargo, si estuvieran cubiertos, lo están hasta los 25 años de edad, independientemente de su estado civil, tengan condición de estudiante o derecho a cobertura en otro plan. Las parejas de hecho registradas por el estado están consideradas como cónyugue a tales efectos. Si los hijos del asegurado principal estuvieran cubiertos, los hijos de las parejas de hecho estarán cubiertos en las mismas condiciones.

Apellidos	Nombre	Inicial segundo nombre	Relación	Género	Fecha de nacimiento	Nº de la Seguridad Social

Sección 3: Cobertura sanitaria y de seguridad (sólo participantes apadrinados en Oregón y el suroeste de Washington)

Si vive en Oregón o en el suroeste de Washington, tiene la opción de elegir cobertura sanitaria y de seguridad a través del Plan de Salud y Seguridad de Carpinteros del Noroeste o de Kaiser. Por favor, seleccione la opción adecuada a continuación. Si no entregase este formulario en un plazo de 60 días a partir de la fecha inicial de cobertura o no realizase una elección concreta, quedará inscrito en el plan PPO. Se podrá realizar cambios una vez anualmente durante el periodo de inscripción en noviembre y diciembre.

- Plan de salud y seguridad para carpinteros del noroeste (Plan PPO)
 Kaiser Permanente (Plan HMO)

Sección 4: Beneficiario del seguro de vida

Indique la persona que debería recibir la prestación de su seguro de vida y el saldo de su plan de vacaciones en caso de fallecimiento. Sujeto a la legislación aplicable en materia de bienes de propiedades, el beneficiario de su seguro de vida puede ser cualquier persona, a excepción de un empleado o usted mismo.

Apellidos	Nombre	Inicial segundo nombre	Relación	Fecha de nacimiento	Nº de la Seguridad Social

Sección 5: Comunicaciones electrónicas

La ley exige a Northwest Carpenters Trusts que le proporcione comunicaciones. Si desee recibir estas comunicaciones por vía electrónica, marque la casilla correspondiente a continuación. Le confirmaremos su inscripción por correo electrónico cuando procesemos este formulario.

- Comunicaciones sin papel
 Comunicaciones por correo postal

Sección 6: Firma del participante

Facilitar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía aseguradora con el fin de defraudarla está considerado un delito. Las sanciones incluyen penas de prisión, multas y denegación de las prestaciones del seguro.

Firma del participante

Fecha

Instrucciones para la solicitud de inscripción

Sección 1: Información del participante. Proporcione toda la información solicitada en esta sección. Debe utilizar su nombre legal tal como aparece en su tarjeta de la Seguridad Social o en la declaración del impuesto sobre la renta de las personas físicas de los Estados Unidos.

Sección 2: Cónyuge, pareja de hecho e hijos que reúnan los requisitos. Debe incluir toda la información solicitada en esta sección, incluido el apellido legal, aunque sea el mismo que el suyo. Los siguientes miembros de la familia pueden considerarse personas a cargo:

- Su cónyuge legítimo, salvo que esté divorciado legalmente. Debe incluir una copia de su certificado de nacimiento.
- Una pareja de hecho registrada. Debe incluir una copia del *Certificado de pareja de hecho registrada* expedido por el estado.
- Sus hijos hasta los 25 años de edad incluidos: (1) Hijos naturales e hijos adoptados legalmente; (2) los hijos/as de su pareja de hecho; (3) hijos asignados a usted (el participante) para adopción antes de haber finalizado el proceso de adopción; e (4) hijastros. Debe incluir una copia del certificado de nacimiento de cada hijo/a. En el caso de niños asignados a usted antes de finalizar el proceso de adopción haya finalizado, debe incluir una copia certificada del informe de la colocación y de la petición de adopción que se presentaron ante el tribunal, u otros documentos que confirmen que el niño fue entregado legalmente en adopción.
- Hijos solteros legalmente asignados hasta los 25 años si el hijo le fue asignado a usted (el afiliado) antes de los 18 años por una agencia de adopción autorizada, o por sentencia, decreto u otra orden judicial que especifique que usted tiene la custodia legal. El hijo/a debe: (1) tener la misma residencia principal que usted; y (2) no aportar más de la mitad de su manutención. El requisito de residencia no se aplica a los niños que asistan a la escuela fuera de su hogar. **Debe** incluir una copia de la orden de asignación legal más reciente.

Si se requiriese documentación adicional para completar el proceso de inscripción de la persona dependiente a su cargo, nos pondremos en contacto con usted por escrito para explicarle lo que se necesita. Las solicitudes de reembolso de gastos médicos, de recetas, tratamientos dentales o de visión no pueden tramitarse hasta que se haya completado el proceso de inscripción.

Sección 3: Cobertura sanitaria y de seguridad. Si vive en Oregón o en el suroeste de Washington, tiene la opción de elegir cobertura sanitaria y de seguridad a través del Plan de Salud y Seguridad de Carpinteros del Noroeste (Plan PPO) o de Kaiser (Plan HMO). Se podrá realizar cambios una vez anualmente durante el periodo de inscripción en noviembre y diciembre.

Sección 4: Beneficiario del seguro de vida. Indique la persona que debe recibir la prestación de su seguro de vida. Sujeto a la legislación aplicable en materia de bienes de propiedades, el beneficiario de su seguro de vida puede ser cualquier persona, a excepción de un empleado o usted mismo. Si su beneficiario falleciera antes que usted, o si usted no nombrase a ningún beneficiario, los ingresos serán pagados al primer superviviente en el orden que se indica a continuación: (1) cónyuge; (2) hijos, a partes iguales; (3) padres, a partes iguales; (4) hermanos y hermanas, a partes iguales; (5) albaceas o administradores.

Sección 5: Comunicaciones electrónicas. La ley exige a Northwest Carpenters Trusts que le proporcione comunicaciones. Si desea recibir estas comunicaciones por vía electrónica, marque la casilla correspondiente y facilite su dirección de correo electrónico en la sección 1.

Sección 6: firma del participante. Por favor, escriba la fecha y firme la presente solicitud. Northwest Carpenters Trusts no puede tramitar su solicitud sin la firma del participante.

Northwest Carpenters Trusts
PO Box 1929
Seattle, WA 98111-1929
www.CarpentersBenefits.org
Teléfono (800) 552-0635
Fax (206) 728-5648
Email ps@carpenterstrusts.org

Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest
500 NE Multnomah St, Suite 100
Portland, OR 97232-2023