

OLAM FORMA DE INSCRIPCION PARA EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD PARA EMPLEADOS DE TIEMPO COMPLETO

JOINT BENEFIT TRUST • 4160 DUBLIN BLVD., SUITE 400 • DUBLIN, CALIFORNIA 94568

ESCRIBA SOLAMENTE A MAQUINA O LETRA DE MOLDE

POR FAVOR LEA CON CUIDADO: Esta forma de registro debe de completarse y firmarse solamente por el empleado y toda la información requerida debe ser proveída. Aplicaciones que contengan información ilegible, faltante o incompleta no serán aceptadas. Toda la información que aparezca en su aplicación para cobertura es sujeta a verificación y a una auditoria periódicamente. Aplicaciones que contengan información falsa, inexacta o engañosa (incluyendo omisiones) será motivo de negaciones de algunos o todos los beneficios disponibles bajo el Fideicomiso. En el evento que los beneficios sean otorgados basados en la información que más tarde se determine es inexacta, falsa o engañosa, Joint Benefit Trust reserva el derecho en revisar los certificados de matrimonio y cualquier otra documentación de parentesco de dependientes, así como el derecho de recobrar cualquier y todos los fondos pagados como resultado a información fraudulenta, como lo autoriza la ley.

He leído y entendido lo de arriba: _____

FIRMA DEL EMPLEADO

FECHA

1. # DE SEGURO SOCIAL	2. APELLIDO	PRIMER NOMBRE	INICIAL	3. SEXO FEMININO <input type="checkbox"/>	4. LOCAL MASCULINO <input type="checkbox"/>
5. FECHA DE NACIMIENTO (Mes/Día/Año)	6. CORREO ELECTRONICO			7. TELEFONO DE CASA () Código de área	
8. DIRECCIÓN DE RESIDENCIA (NUMERO)			(CALLE)		
9. CELULAR () Código de área			12. TELEFONO DEL TRABAJO () Código de área		
10. CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	11. CAMBIO DE DIRECCION SI / NO		

INFORMACIÓN DE DEPENDIENTE

13. Por favor complete la siguiente información de registro para sus dependientes. Si es casado(a) debe proveer una copia del certificado de matrimonio. Si tiene hijos elegibles, usted debe proveer una copia del acta de nacimiento para cada uno de ellos. Sus dependientes no serán registrados hasta que esta información sea proveída. Si su hijo(a) es adoptado (a) o si es guardián asignado por la corte, por favor someta los papeles de adopción o los papeles de la corte donde se establece la tutela legal junto con una copia del acta de nacimiento. Por favor indique si está registrando a un "hijastro(a)", escribiendo esta palabra en la línea de parentesco.

PRIMER NOMBRE	INICIAL	APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO	# DE SEGURO SOCIAL (DEBE PROPORCIONARSE)	PARENTESCO			
					Esposo(a)	Hijo	Hija	Otro*
A.								
B.								
C.								
D.								

* Si usted eligió "otro" bajo parentesco, explique por favor _____

14. Si tiene más de 4 dependientes, indique aquí y vea instrucciones al reverso de esta página.

15. Tiene una de estas personas registradas en esta forma otra cobertura de seguro médico bajo otro seguro? SI NO

Si la respuesta es sí, provea el nombre de la persona con otra cobertura nombre y dirección del otro seguro _____

SELECCIÓN DE PLAN

Un JBT Plan de Indemnidad que paga un porcentaje de sus cobros después de que un deducible anual es satisfecho y use un proveedor participante. Usted debe seleccionar uno de los siguientes Planes Médicos. **Si usted no hace una selección de plan, usted será automáticamente inscrito en la Red de Comprador Prudente** la cual tiene un costo más alto para su contribución.

Red de Aventura PPO - Esta opción **NO** incluye servicios de hospitales y doctores de Sutter Health.

Plan de Comprador Prudente PPO (solo disponible para empleados que se volvieron elegibles por primera vez antes del 1 de octubre de 2022) - Esta opción cubre servicios de hospitales y doctores de Sutter Health.

Kaiser Permanente - Esta opción es únicamente para los que viven en la región de Kaiser. Para verificar su región llame a 1-800-464-4000

16. Certifico que todas mis declaraciones e información proveída por mí, representa una completa y verdadera revelación y que cada individuo nombrado en esta forma son, ya sea mi esposa(o) legalmente o mis verdaderos dependientes legales.

X _____
FIRMA DEL EMPLEADO _____
FECHA

INFORMACIÓN DE BENEFICIARIO

17. Beneficios de Muerte serán pagados a:

Indique el nombre de la persona(s) Nombre Legal, Parentesco, Dirección y Número de Seguro Social. Si es menor de edad, incluya el nombre de guardián asignado. La persona(s) nombrada se considera su beneficiario a menos de especificar de otra manera.

NOMBRE(S) _____ PARENTESCO _____

DIRECCIÓN _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ NUMERÓ DE SEGURO SOCIAL _____

Si el beneficiario es menor de edad, por favor provea el nombre del guardián asignado _____

Cada participante debe de notificar a la Oficina Administrativa prontamente cuando cambios suceden en la familia acerca del matrimonio, un recién nacido, muerte, disolución de matrimonio (divorcio) o cambio de beneficiario. Debe de completar una nueva Forma de Registro y enviarla a la Oficina Administrativa acerca de nuevos cambios.

Estimado Participante:

Complete cuidadosamente esta forma de registro y llene la información requerida lo más claro posible. Esta información es una parte importante de su documento oficial con el Fideicomiso. Se indica claramente la mayor parte de la información requerida; sin embargo, instrucciones de los documentos que puedan que necesite más explicación se encuentra en la lista abajo.

LÍNEA 1 Llene en la forma de registro el Número de Seguro Social tal como aparece en la tarjeta de Seguro Social.

LÍNEA 5 Por favor llene el mes, día y año de su nacimiento. El año de su nacimiento no es suficiente.

LÍNEA 10 JBT tiene el derecho de solicitar prueba de matrimonio, de divorcio, o de nacimiento para verificar la información que se dio y determinar la elegibilidad de un dependiente para registro.

Dependientes Elegibles son:

- I. Su esposo(a) legal. En caso de una disolución de matrimonio (divorcio), su esposo(a) no es elegible para cobertura y usted debe de inmediatamente completar y enviar una nueva forma de registro a la Oficina Administrativa para cancelar a su esposo(a) como su dependiente. Si usted no lo hace, usted puede ser responsable de rembolsar beneficios proveídos cuales su previo esposo(a) ya no tiene derechos de elegibilidad. (**CERTIFICADO ES OBLIGATORIO: Certificación de Certificado de Matrimonio, documento de registro final de disolución de matrimonio.**)
- II. Sus hijos menores de 26 años de edad, incluyendo hijastros e hijos adoptivos quienes dependen principalmente de usted para mantenimiento económico por el participante. (**CERTIFICADO ES OBLIGATORIO: Certificado de Nacimiento, documentos de Guardián Asignado Legal.**)
- III. Un hijo no casado de cualquier edad que este incapacitado y que no pueda ganarse la vida debido a su incapacidad se considera dependiente elegible, y que fue elegible y se determinó incapacitado antes de cumplir 26 años de edad y se proporcione verificación de deshabilidad antes de cumplir 26 años de edad. (**CERTIFICADO ES OBLIGATORIO: Se requiere Informe Médico.**)

LÍNEA 14 Si usted tiene más de 5 dependientes elegibles, obtenga una forma de registro adicional y marque "FORM 2" (Forma 2) arriba de la forma. En la Forma 2, debe completar líneas del 1 a 12 y liste los dependientes adicionales bajo línea 13.

LÍNEA 16 Asegúrese de firmar esta forma con fecha actual y regrésela a la Oficina Administrativa. También, este seguro de incluir todas las fechas de nacimiento correctamente.

DESPUÉS DE COMPLETAR EL LADO AL REVERSO DE ESTA FORMA, REGRÉSELA A:

**Joint Benefit Trust
4160 Dublin Blvd., Suite 400
Dublin, CA 94568**