

IMPORTANT INSTRUCTIONS TO HELP YOU ENROLL IN THE PENSION FUND

Welcome to the 1199SEIU Member Eligibility Department. To help you properly enroll in the Pension Fund, please follow these instructions while completing the attached "Enrollment Form." Be assured that any information that you provide about yourself and your spouse will be held in strictest confidence. Where applicable, answer each question completely. Remember to attach a clear copy of any legal document(s) that need to accompany your enrollment form (do not send originals).

Please make sure that you **sign and date the form**, then mail it along with the required documents to:

1199SEIU Member Eligibility Department

Times Square Station, PO Box 1035, New York, NY 10108-1035.

Call the Member Services Department at (646) 473-9200 if you have any questions or need assistance in completing the form.

MEMBER INFORMATION

SECTION ONE

In the spaces provided, please print your last name, first name and middle initial. Include your correct Social Security number, date of birth, sex, home address (*including your apartment number*), area code and home phone number.

• **Your Spouse** - If you are married, please complete sections 7 through 11. Be sure to fill in your **spouse's Social Security number and attach a copy of your marriage certificate**. Without both of these items, we will be unable to enroll your spouse.

YOUR 1199SEIU EMPLOYER AND PRIOR EMPLOYMENT HISTORY

SECTION TWO

• **Your Current 1199SEIU Employer** - In the spaces provided, please print the name and address of the place where you are currently working. Next to item 14 on the form, fill in the month, day and the year you started working there. Please complete items 15 through 18. If you are a Registered Nurse, please ✓ item 19.

Multiple Employers:

• If you are currently working for another employer, please tell us this information by filling in items 20 through 25.

• **Your Prior Employment History** - Print the name and address of your last two (2) employers. Check ✓ 'Yes or No' to indicate whether any of these employers were affiliated with 144, 1199 or 1115. Indicate the date you first started working there and date your employment ended.

INSTRUCCIONES IMPORTANTES PARA AYUDARLE A INSCRIBIRSE EN EL FONDO DE PENSION

Bienvenido a 1199SEIU Departamento de Elegibilidad. Para ayudarle a inscribirse en el Fondo de Pension, sírvase seguir estas instrucciones al llenar el “Formulario de inscripción” adjunto. Tenga la seguridad de que cualquier información suministrada por usted con respecto a usted mismo, su conyuge y/o sus dependientes se mantendrá estrictamente confidencial. Según sea aplicable, conteste cada pregunta completamente (incluso la sección de beneficiarios). Recuerde anexar una copia claramente legible de cualquier documento legal que debe incluir con su formulario de inscripción (*no envíe los originales*).

Recuerde firmar y fechar el formulario y luego envíelo por correo junto con los documentos necesarios, a la siguiente dirección:

1199SEIU Member Eligibility Department

Times Square Station, PO Box 1035, New York, NY 10108-1035.

Llame al Departamento de Servicios para los Miembros al (646) 473-9200 si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar el formulario.

DATOS DEL MIEMBRO

SECCIÓN UNO

En los espacios provistos, sírvase escribir en letra de molde su apellido, nombre e inicial. Incluya su número de seguro social correcto, fecha de nacimiento, sexo, dirección de su domicilio (*incluso el número de su apartamento*), código de área y número de teléfono de su domicilio.

• **Su conyuge** -Si usted está casado por favor llene los renglones 7 al 11. Cerciórese de llenar el número de seguro social de su cónyuge y de anexar una copia de su certificado de matrimonio. *Si omite cualquiera de estos dos requisitos, no podremos inscribir a su cónyuge.*

SU EMPLEADOR 1199SEIU Y SUS ANTECEDENTES DE EMPLEO ANTERIORES

SECCIÓN DOS

• **Su Empleador 1199SEIU Actual** - Sírvase indicarnos dónde trabaja actualmente: En los espacios provistos, escriba en letra de molde el nombre y dirección del lugar donde trabaja actualmente. Allado del renglón 14 en el formulario, indique el mes, día y año en que comenzó a trabajar en dicho lugar. Sírvase llenar los renglones 15 al 18. Si usted es Enfermera Registrada, sírvase marcar con un ✓ el renglón 19.

Múltiples empleadores

• Si usted trabaja actualmente para otro empleador, sírvase indicarnos esta información, llenando los renglones 20 al 25.

• **Sus Antecedentes de Empleos Anteriores** -Escriba en letra de molde el nombre y dirección de sus últimos dos (2) empleadores. Marque ✓ bajo “sí” o “no” para indicar si alguno de estos empleadores estuvo afiliado con la 144,1115 o 1199. Indique la fecha en que comenzó a trabajar en dicho lugar y la fecha de terminación de su empleo.

**PENSION
ONLY**

The 1199SEIU Health Care Employees Pension Fund

Times Square Station, PO Box 1035, New York, NY 10108-1035

ENROLLMENT FORM
Formulario de Inscripción

THIS FORM IS STRICTLY CONFIDENTIAL. YOU MUST ANSWER ALL THE QUESTIONS, PRINT CLEARLY IN INK AND SIGN THE BACK.

ESTE FORMULARIO ES ESTRUCTAMENTE CONFIDENCIAL. USTED DEBE CONTESTAR TODAS LAS PREGUNTAS. ESCRIBA CON TINTA EN LETRA DE MOLDE Y FIRME EL FORMULARIO AL DORSO.

MEMBER INFORMATION / DATOS DEL MIEMBRO

SECTION ONE / SECCIÓN UNO

| | | | | | |
|---|---|---|---|--|---|
| 1. MEMBER NAME <i>Nombre del Miembro</i> (Last) (<i>Apellido</i>) | (First) (<i>Nombre</i>) (M.I.) (<i>Inicial</i>) | 2. SOCIAL SECURITY NUMBER <i>Número de Seguro Social</i> | 3. DATE OF BIRTH <i>Fecha de Nacimiento</i> Mo Day Year Mes Día Año | 4. SEX Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | |
| 5. ADDRESS <i>Dirección</i> | | APT. # <i>Apartamento #</i> | | | |
| CITY <i>Ciudad</i> | STATE <i>Estado</i> | ZIP CODE <i>Zona Postal</i> | 6. AREA CODE & HOME PHONE NUMBER <i>Código de área y número de teléfono residencial</i> | 7. MARITAL STATUS <i>Estado Civil</i> | 8. MARRIAGE DATE <i>Fecha de Matrimonio</i> Mo Mes Day Día Year Año |
| 8A. For purposes of statistical/demographic information, we ask you to provide the following information. PLEASE CHECK ONE: <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> Latino <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Other <i>Para propósitos de información estadística/demográfica, solicitamos nos puedan proveer la siguiente información. Por favor marque una:</i> <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro | | | | | |
| 9. SPOUSE'S FULL NAME (Last, First, Middle Initial) Attach Copy of Marriage Certificate <i>Nombre completo del cónyuge (Apellido, Nombre, Inicial) Anexe una Copia del Certificado de Matrimonio</i> | | | 10. SPOUSE'S BIRTH DATE <i>Fecha de nacimiento del cónyuge</i> Mo Day Year Mes Día Año | | 11. SPOUSE'S SOCIAL SECURITY NUMBER <i>Número de Seguro Social del cónyuge</i> |

1199SEIU EMPLOYER & EMPLOYMENT HISTORY / SU EMPLEADOR 1199SEIU SUS ANTECEDENTES DE EMPLEO ANTERIORES SECTION TWO/ SECCIÓN DOS

| | | | |
|---|---|---|--|
| 12. YOUR 1199SEIU EMPLOYER <i>Su empleador 1199SEIU</i> | WORK PHONE <i>Número del teléfono del empleador</i> | | |
| 13. ADDRESS <i>Dirección</i> | | | |
| CITY <i>Ciudad</i> STATE <i>Estado</i> ZIP CODE <i>Zona Postal</i> | | | |
| 14. STARTING DATE <i>Fecha de Comienzo</i> | 15. <input type="checkbox"/> FULL-TIME <input type="checkbox"/> PART-TIME <input type="checkbox"/> PER DIEM <input type="checkbox"/> TEMP. <i>Tiempo Completo Tiempo Parcial Jornalero Temp.</i> | 16. Hours Per Week <i>Horas por semana</i> | PAY PER WEEK \$ <i>Pago por semana \$</i> |
| 17. JOB TITLE <i>Título del Cargo</i> | 18. DEPT. <i>Departamento</i> | 19. CHECK BOX IF REGISTERED NURSE <input type="checkbox"/> <i>Marque esta casilla si es enfermera registrada</i> | |
| 20. IF YOU WORK FOR ANOTHER 1199SEIU EMPLOYER, NAME OF OTHER EMPLOYER: <i>Si trabaja para otro empleador 1199SEIU, nombre del otro empleador</i> | | | |
| 21. ADDRESS <i>Dirección</i> | | | |
| CITY <i>Ciudad</i> STATE <i>Estado</i> ZIP CODE <i>Zona Postal</i> | | | |
| 22. STARTING DATE <i>Fecha de Comienzo</i> | 23. <input type="checkbox"/> FULL-TIME <input type="checkbox"/> PART-TIME <input type="checkbox"/> PER DIEM <input type="checkbox"/> TEMP. <i>Tiempo Completo Tiempo Parcial Jornalero Temp.</i> | 24. HOURS PER WEEK <i>Horas por semana</i> | 25. PAY PER WEEK \$ <i>Pago por semana \$</i> |

26. PLEASE INDICATE PREVIOUS EMPLOYMENT *Por favor indique el empleo anterior*

| EMPLOYER <i>Empleador</i> | JOB <i>Empleo</i> | | CITY <i>Ciudad</i> | STATE <i>Estado</i> | DATE STARTED <i>Fecha de Comienzo</i> | | | DATE ENDED <i>Fecha de Terminación</i> | | |
|------------------------------|----------------------|---|-----------------------|------------------------|--|-------------------|--------------------|---|-------------------|--------------------|
| | LOCAL | YES NO <i>Si No</i> | | | MONTH <i>Mes</i> | DAY <i>Día</i> | YEAR <i>Año</i> | MONTH <i>Mes</i> | DAY <i>Día</i> | YEAR <i>Año</i> |
| 1. | Local 144 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| 2. | Local 1199 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| 3. | Local 1115 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |

PLEASE CONTINUE COMPLETION OF THIS FORM ON REVERSE SIDE *Sírvase continuar llenando el formulario al dorso*

