



1199SEIU National Benefit Fund for Home Care Employees

Please fax with **NO** cover sheet to / Enviar por fax **SIN** la hoja de portada al: (646) 473-8878

PLAN ELECTION FORM / FORMULARIO DE ELECCIÓN DE PLAN

Please review the information below and make any necessary changes in black ink. This form is strictly confidential.

Benefits are subject to each Fund's Summary Plan Description (SPD) and the discretion of that Fund.

Revise la información a continuación y haga cualquier cambio necesario en tinta negra. Este formulario es estrictamente confidencial.

Los beneficios están sujetos a la Descripción Abreviada del Plan (SPD, por sus siglas en inglés) de cada Fondo y a la discreción de dicho Fondo.

SECTION ONE / SECCIÓN UNO: MEMBER INFORMATION / INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Member's full name / Nombre completo del miembro

Member ID # / N.º de identificación del miembro

Gender / Sexo

Address / Dirección

City / Ciudad

State / Estado

Zip code / Código postal

Home telephone / Teléfono particular

Cell phone / Teléfono celular

Email / Correo electrónico

Employer name / Nombre del empleador

I have changed employers and now work at / He cambiado de empleador y ahora trabajo en:

Name of new employer / Nombre del nuevo empleador

SECTION TWO / SECCIÓN DOS: PLAN ELECTION / ELECCIÓN DE PLAN (SELECT PLAN A OR PLAN B. USE BLACK INK. / SELECCIONE EL PLAN A O EL PLAN B. USE TINTA NEGRA.)

A. **Member Choice Home Care Select code / Código de Member Choice Home Care Select:** _____

Choose your Health Center from the enclosed list by using the corresponding code (for example: BX001). Write the code on the line above. Note: If you do not specify a Health Center, you will be automatically enrolled in one by the Fund. / Elija su Centro de Salud de la lista que se adjunta usando el código correspondiente (por ejemplo: BX001). Escriba el código en la línea que figura arriba. Nota: Si no especifica un Centro de Salud, el Fondo lo inscribirá automáticamente en uno.

B. **Panel Provider Plan / Plan Panel Provider** (Co-payments apply to this plan / En este plan se aplican copagos)

Note: If you do not choose a plan, you will be automatically enrolled in Plan B: Panel Provider Plan. / Nota: Si usted no elige un plan, será inscrito automáticamente en el Plan B: Plan Panel Provider.

SECTION THREE / SECCIÓN TRES: PAYROLL DEDUCTION AUTHORIZATION / AUTORIZACIÓN DE DEDUCCIÓN POR NÓMINA

Yes, I want coverage in the 1199SEIU National Benefit Fund for Home Care Employees. I consent to my Employer deducting the required \$10 weekly premium from my paycheck. / Sí, quiero la cobertura del Fondo Nacional de Beneficios para Trabajadores de Cuidados en el Hogar 1199SEIU. Acepto que mi Empleador deduzca la prima semanal obligatoria de \$10 de mi cheque de pago.

I hereby authorize my Employer to withhold the required premium, constituting my premium contribution to the 1199SEIU National Benefit Fund for Home Care Employees (the "Plan"), from my wages whenever I am eligible, and to forward that amount to the Fund. This authorization is made voluntarily based on my specific understanding that: (1) The payment of the required premium contribution is one of the conditions of my coverage in the Plan; and (2) The signing of this authorization form and the making of these payments are not conditions of my employment by my Employer or membership in any Union. The authorization supersedes any previous Fund premium deduction authorization and shall remain in full force and effect until my Employer has received written notification from me of its termination. **I understand that the required premium will not be withheld during periods when I am ineligible and will be withheld once I resume eligibility.** / Por medio del presente, autorizo a mi Empleador para que retenga el monto de la prima obligatoria, lo que constituye mi contribución de prima al Fondo Nacional de Beneficios para Trabajadores de Cuidados en el Hogar 1199SEIU (el "Plan"), de mi salario, siempre que sea elegible, y a reenviar dicho monto al Fondo. Doy esta autorización en forma voluntaria en base a mi entendimiento específico de que: (1) el pago de la contribución de prima obligatoria es una de las condiciones de mi cobertura en el Plan; y (2) la firma de este formulario de autorización y la realización de los pagos no son condiciones de empleo por parte de mi Empleador ni de membresía en ningún Sindicato. La autorización reemplaza a cualquier autorización anterior de deducción de primas por parte del Fondo y se mantendrá en plena vigencia hasta que mi Empleador haya recibido una notificación por escrito mía de su cancelación. **Comprendo que la prima requerida no será retenida durante los períodos en que no sea elegible y será retenida nuevamente cuando vuelva a ser elegible.**

X

Signature / Firma (REQUIRED / OBLIGATORIA)

Date / Fecha (REQUIRED / OBLIGATORIA)



1199SEIU National Benefit Fund for Home Care Employees

請不要用封面傳真: (646) 473-8878 / Отправьте по факсу БЕЗ титульного листа на номер: (646) 473-8878

計劃選擇表格 / ФОРМА ВЫБОРА ПЛАНА

請仔細閱讀下面的資料並用黑筆做必要之更改。該表格資料是嚴格保密的。這些福利是受到各基金會之總結大綱計劃 (SPD) 和該基金會之決定。

Ознакомьтесь с информацией ниже и заполните форму, пользуясь черной ручкой. Данная форма является конфиденциальной.

Льготы разъяснены в Кратком описании условий плана (Summary Plan Description, SPD) каждого Фонда и могут быть изменены по его усмотрению.

第一部分 / РАЗДЕЛ ПЕРВЫЙ: 會員資料 / СВЕДЕНИЯ ОБ УЧАСТНИКЕ

會員姓名 / Полное имя участника

會員 ID # / Идентификационный № участника

性別 / Пол

地址 / Адрес

市 / Город

州 / Штат

郵遞區號 / Индекс

住家電話 / Дом. телефон

手機 / Моб. телефон

電子郵件 / Эл. почта

雇主姓名 / Работодатель

我已經換了雇主而目前的工作在 / Я поменял(а) место работы, и моим новым работодателем является:

新雇主姓名 / Имя (наименование) нового работодателя

第二部分 / РАЗДЕЛ ВТОРОЙ: 計劃選擇 / ВЫБОР ПЛАНА (請選擇A計劃或B計劃。請使用黑筆。 / ВЫБЕРИТЕ ПЛАН А ИЛИ ПЛАН В. ПОЛЬЗУЙТЕСЬ ЧЕРНОЙ РУЧКОЙ.)

A. 會員選擇家庭護理之選擇代碼 / Member Choice Home Care Select (код): _____

請使用隨附列表中之對應代碼 (例如: BX001) 選擇你的健康中心。請在上面線上寫下代碼。注意: 如果你不指定一個健康中心, 你將透過基金會自動登記加入。 / Выберите из прилагаемого списка медицинское учреждение, в котором вы будете получать услуги. У каждого учреждения в этом списке имеется свой код (например, BX001). Укажите код выбранного вами учреждения в строке выше. Примечание: если вы не выберете медицинское учреждение сами, Фонд автоматически регистрирует вас в одном из них.

B. 健康保險供應計劃 / Panel Provider Plan (共同支付適用於該計劃 / По этому плану требуются доплаты)

注意: 如果你不選擇一個計劃, 你將自動加入B計劃: 健康保險供應計劃。 / Примечание: если вы не выберете план, вы будете автоматически зарегистрированы в Плане В (Panel Provider Plan).

第三部分 / РАЗДЕЛ ТРЕТИЙ: 薪資扣除授權書 / РАЗРЕШЕНИЕ НА УДЕРЖАНИЕ СТРАХОВОГО ВЗНОСА ИЗ ЗАРПЛАТЫ

是的, 我想要1199SEIU國家福利基金會給家庭護理人員之福利保險。我同意我的雇主從我的工資中扣除所需之\$10美元。 / Да, я хочу зарегистрироваться в плане медицинского страхования фонда 1199SEIU National Benefit Fund для работников по уходу на дому. Я даю разрешение моему работодателю на удержание еженедельного страхового взноса в размере \$10 из моей заработной платы.

本人授權我的雇主扣繳所需保費, 每當我有資格時, 保費從我的工資中可捐獻給1199SEIU國家福利基金會之家庭護理雇員 (簡稱“計劃”), 並轉發該金額給基金會。此授權根據我的具體理解是自願的: (1) 支付所需保費是我保險計劃的條件之一;以及 (2) 本授權書的簽署和支付, 這些都不是由我的雇主提供的就業或是在任何工會會員的條件之一。授權取代以往基金會的保費扣除授權書, 並具有十足效力及作用, 直至我的雇主接獲我的書面通知才終止其保險。我了解所須的保費在我沒有資格期間將不會被扣留, 一旦我恢復資格, 將會被扣留。 / Настоящим я разрешаю моему работодателю удерживать требуемую сумму страхового взноса за участие в плане медицинского страхования фонда 1199SEIU National Benefit Fund для работников по уходу на дому («План») из моей заработной платы и передавать ее Фонду. Данное разрешение дается мною добровольно на основе моего четкого понимания того, что (1) оплата страхового взноса является одним из условий моего участия в Плане и что (2) подписание мною данной формы и уплата страхового взноса не являются условиями моей работы на работодателя или членства в каком-либо профсоюзе. Данное разрешение заменяет собой все предыдущие разрешения на удержание Фондом страховых взносов и будет оставаться в полной силе и действии до тех пор, пока мой работодатель не получит от меня письменное уведомление о прекращении его действия. Я осведомлен(а) о том, что требуемый страховой взнос не будет удерживаться в периоды, когда я не отвечаю критериям участия в плане медицинского страхования, а когда я снова стану отвечать критериям участия, удержание страхового взноса будет возобновлено.

X _____
簽名 / Подпись (必填 / ОБЯЗАТЕЛЬНА)

日期 / Дата (必填 / ОБЯЗАТЕЛЬНА)