



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

ENROLLMENT AND PLAN ELECTION FORM / FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN Y ELECCIÓN DE PLAN

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

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

MEMBER INFORMATION / INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Member's full name / Nombre completo del miembro _____ Member's Social Security # / N.º del Seguro Social del miembro _____

Member ID # / N.º de identificación del miembro _____ Date of birth / Fecha de nacimiento _____ Gender / Género _____

Address / Dirección _____

City / Ciudad _____ State / Estado _____ Zip code / Código postal _____

Home telephone / Teléfono particular _____ Cell phone / Teléfono celular _____ Email / Correo electrónico _____

Name of your 1199SEIU Employer / Nombre de su empleador de 1199SEIU _____ Date of hire / Fecha de contratación _____

If you work for another 1199SEIU Employer, name of other Employer / Si trabaja para otro empleador de 1199SEIU, indique su nombre _____ Date of hire / Fecha de contratación _____

PAYROLL DEDUCTION AUTHORIZATION (USE BLACK INK.) / AUTORIZACIÓN DE DEDUCCIÓN POR NÓMINA (USE TINTA NEGRA).

- Yes, I want individual coverage in the 1199SEIU National Benefit Fund for Home Care Employees. I consent to my Employer deducting the required \$5 weekly premium from my paycheck. / Sí, quiero la cobertura individual del Fondo Nacional de Beneficios para Trabajadores de Cuidados en el Hogar 1199SEIU. Acepto que mi empleador deduzca la prima semanal obligatoria de \$5 de mi cheque de pago.
- Yes, I want coverage for myself and my child(ren) in the 1199SEIU National Benefit Fund for Home Care Employees. I consent to my Employer deducting the required \$15 weekly premium from my paycheck. **(MUST COMPLETE ENCLOSED DEPENDENT CHILD ENROLLMENT FORM)** / Sí, quiero cobertura para mí y para mis hijos del Fondo Nacional de Beneficios para Trabajadores de Cuidados en el Hogar 1199SEIU. Acepto que a mi empleador deduzca de mi cheque de pago la prima semanal obligatoria de \$15. **(DEBE LLENAR EL FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE HIJOS A CARGO QUE SE ADJUNTA)**

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

- A.** **Member Choice Home Care Select site ID / ID del Centro de Salud de Member Choice Home Care Select:** _____
Choose your Health Center from the enclosed list by using the corresponding site ID (for example: BX001). Write the site ID 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 la ID del centro correspondiente (por ejemplo: BX001). Escriba la ID del centro 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.

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. Benefits are subject to each Fund's Summary Plan Description (SPD) and the discretion of that Fund.** I authorize (1) the Fund to share my eligibility and enrollment information with my Employer and the Union, and (2) any hospital, physician or other healthcare provider to release to the Fund and its agents any records or information, without restriction, concerning me or any member of my family receiving benefits from the Fund. Unless I revoke it in writing, this authorization will be effective as long as I am a participant in the 1199SEIU National Benefit Fund for Home Care Employees. I understand that under the terms of the Plan, if the Fund pays on my behalf for expenses caused by a third party, it will have a lien on payments I receive from, or on behalf of, the third party and I agree to pay back the Fund for any payments it has made. / Por medio del presente, autorizo a mi Empleador para que deduzca 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 deducida durante los periodos en que no sea elegible y será retenida nuevamente cuando vuelva a ser elegible. 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.** Autorizo (1) al Fondo a compartir mi información de elegibilidad y de inscripción con mi empleador y con el sindicato y (2) a cualquier hospital, médico y otros proveedores de atención médica a que divulguen al Fondo y a sus agentes cualquier registro o información, sin restricción, con respecto a mí o cualquier miembro de mi familia que reciba beneficios del Fondo. Salvo que la revoque por escrito, esta autorización tendrá vigencia mientras sea un participante en el Fondo Nacional de Beneficios para Trabajadores de Cuidados en el Hogar 1199SEIU. Entiendo que bajo los términos del plan, si el Fondo paga en mi nombre los gastos provocados por un tercero, tendrá un gravamen sobre los pagos que reciba del, o en representación del, tercero, y acepto reintegrar al Fondo por los pagos que haya efectuado.

X _____
Signature / Firma (REQUIRED / OBLIGATORIA)

_____ Date / Fecha (REQUIRED / OBLIGATORIA)



1199SEIU National Benefit Fund for Home Care Employees

請將NO封面傳真至 / Отправьте по факсу БЕЗ титульного листа на №: (646) 473-8878

登記和計劃選擇表格 / ФОРМА РЕГИСТРАЦИИ И 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。

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

會員資料 / СВЕДЕНИЯ ОБ УЧАСТНИКЕ

會員的全名 / Полное имя участника _____ 會員的社會安全號碼# / № социального обеспечения участника _____

會員ID # / Идентификационный № участника _____ 出生日期 / Дата рождения _____ 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 _____

你1199SEIU雇主姓名 / Имя/наименование вашего работодателя-члена 1199SEIU _____ 雇用日期 / Дата найма на работу _____

如果你與其他1199SEIU雇主工作，請指出其他雇主 / Если вы работаете на еще одного работодателя-члена 1199SEIU, укажите его имя/наименование _____

雇用日期 / Дата найма на работу _____

薪資扣除授權書 (請使用黑筆。) / РАЗРЕШЕНИЕ НА УДЕРЖАНИЕ СТРАХОВОГО ВЗНОСА ИЗ ЗАРПЛАТЫ (ПОЛЬЗУЙТЕСЬ ЧЕРНОЙ РУЧКОЙ.)

是的，我想在家庭護理人員之1199SEIU國家福利基金會裡享有我個人的保險福利。我同意我的雇主從我的薪資中每週扣除所要求之\$5保費。 / Да, я хочу зарегистрироваться в индивидуальном плане медицинского страхования фонда 1199SEIU National Benefit Fund for Home Care Employees. Я даю разрешение на удержание из моей зарплаты моим работодателем еженедельного страхового взноса в размере \$5.

是的，我想在家庭護理人員之1199SEIU國家福利基金會裡享有我自己和我小孩的保險福利。我同意我的雇主從我的薪資中每週扣除所要求之\$15保費。(必須完成隨附之受撫養子女報名表格) / Да, я хочу зарегистрировать в плане медицинского страхования фонда 1199SEIU National Benefit Fund for Home Care Employees себя и своего ребенка (детей). Я даю разрешение на удержание из моей зарплаты моим работодателем еженедельного страхового взноса в размере \$15. (Необходимо заполнить приложенную Форму регистрации ребенка, находящегося на иждивении.)

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

A. 會員選擇家庭護理計劃之地點ID / План Member Choice Home Care Select – укажите код медицинского центра: _____ 請使用隨附列表中之對應地點ID (例如: BX001) 選擇你的健康中心。請在上面線上寫下地點ID。請注意：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 медицинский центр, в котором вы будете получать услуги. У каждого центра в этом списке имеется свой код (например, BX001). Укажите код выбранного вами центра в строке выше. Примечание: если вы не выберете медицинский центр сами, Фонд автоматически зарегистрирует вас в одном из них.

B. 健康保險供應計劃 / План Panel Provider Plan (共同支付適用於該計劃 / данный план требует доплат) 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 B (Panel Provider Plan)

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人員(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。福利是受每個基金會的摘要計劃說明 (SPD) 和該基金會之自由裁量權。我授權(1) 基金會與我的雇主和工會分享我符合資格和登記之訊息，以及(2) 任何醫院、醫生或其他健保提供者發佈消息給基金會及其代理商之任何記錄或資料，不受任何限制，關於我和我家庭的任何成員收到來自基金會的福利。除非我書面撤銷它，只要我在家庭護理人員之1199SEIU國家福利基金會裡是一名參與者時此授權將會生效。我了解根據該計劃的條款，如果基金會以我的名義支付因第三方所造成的開支，將會對我所收到的付款有留置權，或代表，第三方和我本人接受並同意還清任何已支付款項給基金會。 / Настоящим я разрешаю моему работодателю удерживать требуемую сумму страхового взноса за участие в плане медицинского страхования фонда 1199SEIU National Benefit Fund for Home Care Employees («План») из моей заработной платы, когда я отвечаю критериям участия, 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. Льготы разъяснены в Кратком описании условий плана (Summary Plan Description, SPD) каждого Фонда и могут быть изменены по его усмотрению. Я (1) разрешаю Фонду передать информацию о моем праве на льготы и регистрации в плане страхования моему работодателю и профсоюзу, а также (2) разрешаю всем больницам, врачам и другим медицинским работникам передавать Фонду и его агентам, без ограничения, любые документы и информацию, касающиеся получения мною и любимыми членами моей семьи льгот, предоставляемых Фондом. Если я не отменю настоящее разрешение в письменном виде, оно будет действовать на протяжении всего периода моего участия в фонде 1199SEIU National Benefit Fund for Home Care Employees. Я понимаю, что в соответствии с условиями Плана, если Фонд оплачивает от моего имени расходы, вызванные по вине третьей стороны, то у Фонда будет право на получение выплат, перечисляемых мне третьей стороной или ее представителями, и соглашаюсь возмещать Фонду все производимые от моего имени платежи.

X 簽名 / Подпись (必填 / ОБЯЗАТЕЛЬНА) _____ 日期 / Дата (必填 / ОБЯЗАТЕЛЬНА) _____