



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

DEPENDENT CHILD ENROLLMENT FORM / FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA HIJOS DEPENDIENTES

»»»»»»»» USE THIS FORM TO ENROLL YOUR ELIGIBLE CHILD(REN) WHO HAS/HAVE NOT YET REACHED AGE 26 ««««««««

»»»»»»»» UTILICE ESTE FORMULARIO PARA INSCRIBIR A SU(S) HIJO(S) QUE SEAN ELEGIBLES Y QUE NO HAYAN CUMPLIDO AÚN 26 AÑOS. ««««««««

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 ID # / N.º de identificación del miembro

Gender / Sexo

Address / Dirección

City / Ciudad

State / Estado

ZIP code / Código postal

YOUR CHILD'S FULL NAME / NOMBRE COMPLETO DE SU HIJO	GENDER / SEXO	DATE OF BIRTH / FECHA DE NACIMIENTO	SOCIAL SECURITY # / N.º DEL SEGURO SOCIAL
		/ /	- -
		/ /	- -
		/ /	- -
		/ /	- -
		/ /	- -
		/ /	- -
		/ /	- -

SUBMIT PROOF THAT YOU ARE THE PARENT OF EACH CHILD YOU ARE ENROLLING AS FOLLOWS: ENVÍE PRUEBA DE QUE ES EL PADRE/LA MADRE DEL HIJO QUE ESTÁ INSCRIBIENDO DEL MODO SIGUIENTE:

- Copy of child's U.S. birth certificate **OR** / Copia del certificado de nacimiento estadounidense de su hijo 0
- Copy of child's foreign birth certificate **OR** / Copia del certificado de nacimiento extranjero de su hijo 0
- Copy of child's adoption papers / Copia de los papeles de adopción de su hijo

All documents must list you as the parent. If a foreign birth certificate is not in English, it must be translated and notarized. Both the foreign document and the translation must be submitted, but if the translation is from the country of origin, it can be used as an original document. / Todos los documentos deben indicar que usted es el padre/la madre. Si el certificado de nacimiento extranjero no está inglés, debe traducirse y notariarse. Deben enviarse tanto el documento extranjero como la traducción; pero si la traducción es del país original, puede usarse como documento original.

- Copy of child's Social Security card / Copia de la tarjeta del Seguro Social del hijo

Benefits are subject to each Fund's Summary Plan Description (SPD) and the discretion of that Fund. This enrollment form is for Fund use only and will not be released to any third party except where necessary for the administration and operation of the Fund, or where otherwise authorized or required by law. The foregoing statements are to the best of my knowledge, true and complete. 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 Home Care Benefit 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. / **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.** Este formulario de inscripción solo es para el uso del Fondo y no será divulgado a terceros excepto cuando sea necesario para la administración u operación del Fondo, o cuando sea requerido por la ley. Los enunciados antedichos son verdaderos y completos según mi leal saber y entender. 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 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 recibamos 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 de Beneficios de Cuidados en el Hogar 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)

**IF YOU DO NOT SIGN AND DATE THIS FORM, IT WILL BE RETURNED TO YOU AND YOUR DEPENDENT CHILD(REN) WILL NOT BE ENROLLED.
/ SI NO FIRMA Y PONE LA FECHA EN ESTE FORMULARIO, ESTE LE SERÁ DEVUELTO SUS HIJOS DEPENDIENTES NO SERÁN INSCRITOS.**



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

受撫養子女報名表格 / ФОРМА РЕГИСТРАЦИИ РЕБЕНКА, НАХОДЯЩЕГОСЯ НА ИЖДИВЕНИИ

»»»»»»»» 使用此表格來登記已經/未達到26歲且符合資格的小孩 ««««««««

»»»»»»»» ВОСПОЛЬЗУЙТЕСЬ ЭТОЙ ФОРМОЙ ДЛЯ ЗАЧИСЛЕНИЯ В ПЛАН МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ВАШЕГО РЕБЕНКА (ДЕТЕЙ)ОТВЕЧАЮЩЕГО НЕОБХОДИМЫМ ТРЕБОВАНИЯМИ И МОЛОЖЕ 26 ЛЕТ ««««««««

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

你孩子的全 / ФИО ВАШЕГО РЕБЕНКА	性別 / ПОЛ	出生日期 / ДАТА РОЖДЕНИЯ	社會安全 # / № СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ
		/ /	- -
		/ /	- -
		/ /	- -
		/ /	- -
		/ /	- -
		/ /	- -
		/ /	- -

提交以下文件以資證明你是每一個你所加入登記的孩子之父母: / ПРИЛОЖИТЕ ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ТОГО, ЧТО ВЫ ЯВЛЯЕТЕСЬ РОДИТЕЛЕМ КАЖДОГО РЕБЕНКА, ЗАЧИСЛЯЕМОГО В ПЛАН СТРАХОВАНИЯ; ПОДТВЕРЖДЕНИЕМ МОГУТ СЛУЖИТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ДОКУМЕНТЫ:

- 小孩美國出生證明副本或 / Копия свидетельства о рождении ребенка, выданного в США, ИЛИ
- 小孩外國出生證明副本或 / Копия свидетельства о рождении ребенка, выданного в другой стране, ИЛИ
- 小孩收養文件副本 / Копия документов об усыновлении/удочерении вашего ребенка.

所有文件必須列出你是為人父母。如果外國出生證明不是英文版，它必須要翻譯和公證。兩者外國文件和翻譯文件都必須提交，但如果翻譯文件是來自原來的國家，它可以被當作原稿 / Во всех документах должно быть указано, что вы являетесь родителем ребенка. Если свидетельство о рождении, выданное в другой стране, не на английском языке, оно должно быть переведено и нотариально заверено. Требуется как оригинал иностранного документа, так и его перевод, но если перевод сделан в стране выдачи документа, то перевод может использоваться в качестве оригинала документа

- 小孩社會安全卡副本 / Копия карточки социального обеспечения ребенка

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。此報名表是只給基金會使用，將不會透露給任何第三方，除非必要時，給該基金會管理和運作或另有授權或法律要求。盡我所知上述聲明是真實和完整的。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。/ **Льготы разъяснены в Кратком описании условий плана (Summary Plan Description, SPD) каждого Фонда и могут быть изменены по его усмотрению. Эта форма регистрации предназначена исключительно для использования работниками Фонда и не будет передаваться третьим лицам, за исключением случаев, когда это необходимо для обеспечения надлежащего функционирования Фонда или требуется законом. Я удостоверяю, что приведенные выше сведения являются, насколько мне известно, правдивыми и полными. 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 любыми 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 Home Care Benefit Fund оплачивает от моего имени расходы третьей стороне,**

X

簽名 / Подпись(必填 / ОБЯЗАТЕЛЬНА)

日期 / Дата (必填 / ОБЯЗАТЕЛЬНА)

如果你不沒有在該表格上簽署並註明日期，它將會退還給你而你受撫養的子女將無法登記加入。/ ЕСЛИ ВЫ НЕ ПОДПИСИТЕ ЭТУ ФОРМУ ИЛИ НЕ УКАЖЕТЕ ДАТУ ЕЕ ЗАПОЛНЕНИЯ, ОНА БУДЕТ ВОЗВРАЩЕНА ВАМ, И ВАШ НАХОДЯЩИЙСЯ НА ИЖДИВЕНИИ РЕБЕНОК (ДЕТИ) НЕ БУДЕТ ЗАРЕГИСТРИРОВАН В ПЛАНЕ.



1199SEIU Fon Avantaj Nasyonal pou Anplwaye Swen Adomisil

Tanpri fakte **SAN** fèy kouvèti a bay (646) 473-8878

FÒM ENSKRIPSYON POU TIMOUN KI DEPANDAN

»»»»»»»» SÈVI AK FÒM SA A POU ENSKRI PITIT OU A (YO) KI ELIJIB KI GEN/POKO RIVE LAJ 26 ZAN ««««««««

Tanpri revize enfòmasyon ki anba a epi fè nenpòt chanjman ki nesèsè ak lank nwa. Fòm sa a estrikman konfidansyèl.

ENFÒMASYON SOU MANM

Non konplè manm lan

ID manm #

Sèks

Adrès

Vil

Eta

Kòd Postal

NON KONPLÈ PITIT OU A	SÈKS	DAT NESANS	# SEKIRITE SOSYAL
		/ /	- -
		/ /	- -
		/ /	- -
		/ /	- -
		/ /	- -
		/ /	- -
		/ /	- -

SOMÈT PRÈV KE OU SE PARAN CHAK TIMOUN W AP ENSKRI NAN FASON SA A:

- Kopi batistè ameriken timoun nan OSWA
- Kopi batistè etranje timoun nan OSWA
- Kopi papyè adopsyon timoun nan

Tout dokiman yo dwe mansyone ou kòm paran an. Si yon batistè etranje pa an Angle, li dwe tradwi ak notarye. Ou dwe soumèt tou de dokiman yo, etranje a ansanm ak tradiksyon an men si tradiksyon an soti nan peyi orijin lan, li ka itilize kòm yon dokiman orijinal. Avantaj yo depann de Deskripsyon Rezime Plan chak Fon (Summary Plan Description, SPD) epi diskresyon Fon sa a. Fòm enskripsyon sa a se pou itilizasyon Fon sèlman epi yo pa p remèt li bay okenn twazyèm pati eksepte lè li nesèsè pou administrasyon ak operasyon Fon an, oswa si otreman lalwa otorize sa oswa egzijè sa. Deklarasyon ki pi wo yo se selon sa mwen konnen, yo vre epi konplè. Mwen otorize (1) Fon an pataje enfòmasyon sou kalifikasyon ak enskripsyon mwen an avèk Anplwayè mwen avèk Sendika, epi (2) nenpòt lopital, doktè oswa lòt pwofesyonèl swen sante pou remèt Fon an ak ajan li yo nenpòt dosye oswa enfòmasyon, san restriksyon, konsènan mwen menm oswa nenpòt manm fanmi mwen k ap resevwa avantaj nan Fon an. Sòf si mwen ranile li alekri, otorizasyon sa a ap an vigè toutotan mwen patisipe nan Fon Avantaj Nasyonal 1199SEIU pou Anplwaye Swen Adomisil yo. Mwen konprann ke dapre kondisyon Plan an, si Fon Avantaj Swen Adomisil la peye nan non mwen pou depans ki te koze pa yon twazyèm pati, li pral gen yon privilèj sou peman mwen resevwa nan men, oswa nan non, twazyèm pati a epi mwen dakò pou ranbouse Fon an pou nenpòt peman li te fè.

X

SIYATI

DAT

SI OU PA SIYEN AK DATE FÒM SA A, YO PRAL RETOUPEN L BA OU EPI PITIT DEPANDAN OU (YO) P AP ENSKRI.