

Formulario de inscripción

- Plan Carpenters' (Plan)
 Plan para empleados de la oficina (Plan OE)



St. Louis – Kansas City Carpenters Regional Health Plan

1419 Hampton Avenue, St. Louis, MO 63139

Teléfono: (314) 644-4802 | Línea gratuita: (877) 232-3863 | Fax: (314) 678-1110

Correo electrónico: benefits@laborfunds.org | Sitio web: laborfunds.org

Los dependientes deben inscribirse dentro de los 30 días de un evento que califica para evitar la demora en la cobertura.

A. Información del participante/cónyuge: escriba a máquina o a mano claramente en tinta

Plan OE SOLAMENTE: Nombre del empleador _____

Apellido legal del participante		Nombre legal del participante		Segundo nombre del participante	
Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a	Número de Seguro Social del participante		
Dirección particular del participante			Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono celular del participante	¿Optar por recibir mensajes de texto importantes sobre la cobertura? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dirección de correo electrónico			
Si está casado/a, complete esta sección	Apellido, nombre e inicial del segundo nombre legales del cónyuge			Fecha del matrimonio	
	Número de Seguro Social del cónyuge		Fecha de nacimiento del cónyuge	Teléfono celular del cónyuge	

B. Información de dependientes: enumere todos los dependientes elegibles menores de 26 años con el nombre legal como aparece en la tarjeta de seguro social. Los dependientes adicionales pueden enumerarse en una hoja separada.

Nombre legal del dependiente (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)	Número de Seguro Social	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Relación con el participante <input type="checkbox"/> Hijo natural <input type="checkbox"/> Hijo adoptivo <input type="checkbox"/> Hijastro
				Indique una dirección diferente o N/A:
				Indique una dirección diferente o N/A:
				Indique una dirección diferente o N/A:
				Indique una dirección diferente o N/A:

C. Otro seguro para el participante o los hijos: no enumere aquí la información del cónyuge. Consulte el Formulario de verificación del Programa de cobertura para cónyuges. A continuación, se debe completar otra información del seguro sobre los participantes o hijos dependientes. Las compañías aseguradoras adicionales pueden enumerarse en una hoja separada.

Nombre de otra compañía aseguradora	Nombre del titular de la póliza	Relación con los dependientes
Fecha de nacimiento del titular de la póliza	Dependientes cubiertos por el plan: 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____	
Fecha de entrada en vigencia del dependiente: REQUERIDO PARA EL PRONTO PAGO DE RECLAMACIONES	La cobertura incluye: <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Medicamentos Recetados	

D. **Requisitos de documentación para cónyuges y dependientes:** consulte la página 2 del Formulario de inscripción para ver los documentos requeridos

E. **Declaración:** por el presente declaro bajo pena de perjurio que la información de este formulario es correcta y está completa a mi leal saber y entender. A solicitud del Plan, acepto obtener y proporcionar una copia de cualquier licencia de matrimonio, sentencia de divorcio, orden de manutención u otros documentos relevantes. Comprendo que si cualquier información incorrecta o engañosa contenida en este formulario resulta en una pérdida para el Plan, el Plan tiene derecho a recuperar el monto de la pérdida de mi parte o retener de mis beneficios futuros.

Firme
aquí

Firma del participante (OBLIGATORIO)

Fecha

Página 2 del Formulario de inscripción

Documentos requeridos para dependientes

Notas importantes

1. **Los participantes deben inscribir a sus dependientes dentro de los 30 días de un evento que califica (nacimiento, adopción, matrimonio, etc.).** Si el Formulario de inscripción se recibe dentro de los 30 días del evento que califica, la cobertura se hará retroactiva a esa fecha. Si el Formulario de inscripción se recibe más de 30 días después del evento que califica, la cobertura comenzará en la fecha en que se reciba la inscripción.
2. **Todos los participantes inscritos deben registrarse con su nombre legal y número de seguro social tal como aparece en su tarjeta del Seguro Social.** A fin de evitar una sanción del IRS, el Plan Carpenters requiere estos datos para informar su cobertura esencial mínima al IRS anualmente. El IRS compara la información que enviamos con la información de su declaración de impuestos federales sobre la renta.
3. **Requisitos de documentación**

Cónyuge	Página 1 de la declaración federal de impuestos sobre la renta con partes suprimidas* más reciente del participante, que indica el cónyuge Y la página de firmas o la confirmación por correo electrónico de la presentación. Y el Formulario de verificación del Programa de cobertura para cónyuges Y número de Seguro Social. *Con partes suprimidas: elimine la información financiera antes de enviarla; puede hacerlo con un marcador negro.
Hijo biológico hasta los 26 años	Certificado de nacimiento (emitido por un estado, condado u oficina de registro civil) que indique que el participante es el padre o la madre Y el número de Seguro Social del hijo. Incluya una copia de la tarjeta del Seguro Social para la verificación. Para la inscripción de hijos biológicos recién nacidos, consulte la siguiente sección.
Hijo biológico recién nacido	Se requiere el formulario de inscripción dentro de los 30 días posteriores al nacimiento para que comience la cobertura. Se requiere el certificado de nacimiento Y el número de Seguro Social del hijo dentro de los 90 días del nacimiento para que la cobertura continúe; de lo contrario, la cobertura finalizará.
Hijo adoptado	Certificado de adopción firmado por un juez, orden de adopción (intención de adopción) firmada por un juez, O certificado de nacimiento que indique que el participante es el padre o la madre Y el número de Seguro Social del niño.
Hijastro de hasta 26 años	Proporcione documentación para verificar el cónyuge (consulte la sección Cónyuge anterior) Y el certificado de nacimiento del hijastro (emitido por un estado, condado u oficina de registro civil) que indique que el cónyuge es el padre o la madre, la sentencia de divorcio aplicable Y el número de Seguro Social del hijo.

4. **Coordinación de beneficios:** los formularios a los que se hace referencia a continuación se pueden encontrar en laborfunds.org/health-and-welfare-plan-resources

Cónyuge	Si el cónyuge tiene acceso a la cobertura provista por el empleador, el Plan asume una función secundaria y el cónyuge debe tomar la cobertura provista por el empleador. Puede encontrar más detalles sobre el Programa de cobertura para cónyuges en el <i>Formulario de verificación de cobertura para cónyuges</i> .
Hijastro	El Plan Carpenters asume una posición secundaria para la cobertura de los hijastros. Los hijastros deben tener cobertura principal provista por el padre o la madre natural. Consulte el <i>Cuestionario sobre otros seguros</i> .
Hijos biológicos e hijastros de 19 a 26 años	El Plan Carpenters asume una posición secundaria para la cobertura de los hijos de 19 a 26 años que tienen acceso a la cobertura provista por el empleador a través del empleador de su cónyuge. Consulte el <i>Cuestionario sobre otros seguros</i> .

Tenga en cuenta lo siguiente: Al enviar copias de la documentación anterior al Plan, incluya el nombre y el número de seguro social del participante en cada documento para una identificación adecuada. La inscripción no estará completa sin toda la documentación necesaria presentada en su totalidad.

Para obtener asistencia: Si tiene alguna pregunta sobre cómo completar correctamente el formulario de inscripción o la documentación de respaldo requerida, comuníquese con Servicios al Participante, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 4:30 p. m.

Envíe por correo el Formulario de inscripción completo con copias de todos los documentos requeridos a la dirección que figura en la parte superior del Formulario de inscripción, A/A: Servicios operativos.

Recursos para obtener documentos legales:

- Certificados de nacimiento y licencias de matrimonio en Missouri: <https://health.mo.gov/data/vitalrecords/applications.php>
- Certificados de nacimiento acelerados y licencias de matrimonio: <https://www.vitalchek.com/>
- Certificados de nacimiento y licencias de matrimonio fuera de Missouri: <http://www.cdc.gov/nchs/w2w.html>