



Formulario de inscripción

☐ Este es un plan para empleados de oficina de STLKC

Fondo de Salud del Consejo Regional de Carpinteros de América Central (Fondo)

Región sur de St. Louis-Kansas City

1419 Hampton Avenue, St. Louis, MO 63139

Teléfono: (314) 644-4802, opción 1 | Facsímil: (314) 678-1110 | Correo electrónico: benefits@laborfunds.org

Los dependientes deben inscribirse dentro de los 90 días posteriores a un evento calificado para evitar demoras en la cobertura

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE				Solo plan STLKC OE: nombre del empleador _____	
Apellido legal del participante		Primer nombre legal del participante		Segundo nombre legal del participante	
Fecha de nacimiento	Sexo ☐ Hombre ☐ Mujer	Estado civil ☐ Nunca casado ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Divorciado		Número de Seguro Social del participante	
Domicilio del participante		Ciudad		Estado	Zona Postal
Número de teléfono preferido del participante	¿Es esto un celular? ☐ Sí ☐ No	Optar por textos importantes ¿Con respecto a la cobertura? ☐ Sí ☐ No	Correo electrónico		
Si está casado, complete Esta sección	Apellido legal del conyugue, primer nombre, segundo nombre			Fecha de matrimonio	
	Número de Seguro Social del Cónyuge	Fecha de nacimiento del cónyuge		Teléfono celular del cónyuge	

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN SOBRE OTROS SEGUROS		
¿Usted o sus hijos dependientes están asegurados con algún otro plan de salud? ☐ No ☐ Prescripción ☐ Médica / Hospitalaria ☐ Dental ☐ Visión		En caso afirmativo, he incluido las copias requeridas de mi(s) otra(s) tarjeta(s) de seguro. ☐ Solo STLKC: No incluya información del cónyuge aquí. Consulte el Formulario de verificación de cobertura conyugal.
Nombre de otra compañía de seguros	Nombre del titular de la póliza	Relación con el titular
Número de póliza	Número de teléfono de otra compañía de seguros	Miembros de la familia cubiertos por otra póliza de seguro ☐ Propio ☐ Conyugue (se requiere formulario de verificación) ☐ Todos los hijos ☐ Hijo: Incluya Nombres:

SECCIÓN 3: INFORMACIÓN DE DEPENDIENTES				Incluya todos los dependientes elegibles menores de 26 años con el nombre legal tal como aparece en la tarjeta de Seguro Social.	
1	Apellido legal del dependiente	Primer nombre legal del dependiente	Segundo nombre legal del dependiente	Fecha de Nacimiento del dependiente	Número de Seguro Social del dependiente
	Dirección del dependiente: marque siguiente casilla de verificación si es el mismo domicilio que el del participante ☐			Relación con el participante ☐ Hijo natural ☐ Hijo adoptado ☐ Hijastro	Sexo ☐ Hombre ☐ Mujer ¿Documentos requeridos? ☐ Sí ☐ No
2	Apellido legal del dependiente	Primer nombre legal del dependiente	Segundo nombre legal del dependiente	Fecha de nacimiento del dependiente	Número de Seguro Social del dependiente
	Dirección del dependiente: marque siguiente casilla de verificación si es el mismo domicilio que el del participante ☐			Relación con el participante ☐ Hijo natural ☐ Hijo adoptado ☐ Hijastro	Sexo ☐ Hombre ☐ Mujer ¿Documentos requeridos? ☐ Sí ☐ No

Si corresponde, dependientes adicionales deben agregarse en la página 2.

SECCIÓN 3: INFORMACIÓN A CARGO CONTINUACIÓN						
3	Apellido legal del dependiente	Primer nombre legal del dependiente	Segundo nombre legal del dependiente	Fecha de nacimiento del dependiente	Numero de Seguro Social del dependiente	
	Dirección del dependiente: <i>marque siguiente casilla de verificación si es el mismo domicilio que el del participante</i> ☐			Relación con el participante ☐ Hijo natural ☐ Hijo adoptado ☐ Hijastro	Sexo ☐ Hombre ☐ Mujer	¿Documentos requeridos? ☐ Sí ☐ No
4	Apellido legal del dependiente	Primer nombre legal del dependiente	Segundo nombre legal del dependiente	Fecha de nacimiento del dependiente	Numero de Seguro Social del dependiente	
	Dirección del dependiente: <i>marque siguiente casilla de verificación si es el mismo domicilio que el del participante</i> ☐			Relación con el participante ☐ Hijo natural ☐ Hijo adoptado ☐ Hijastro	Sexo ☐ Hombre ☐ Mujer	¿Documentos requeridos? ☐ Sí ☐ No
5	Apellido legal del dependiente	Primer nombre legal del dependiente	Segundo nombre legal del dependiente	Fecha de nacimiento del dependiente	Numero de Seguro Social del dependiente	
	Dirección del dependiente: <i>marque siguiente casilla de verificación si es el mismo domicilio que el del participante</i> ☐			Relación con el participante ☐ Hijo natural ☐ Hijo adoptado ☐ Hijastro	Sexo ☐ Hombre ☐ Mujer	¿Documentos requeridos? ☐ Sí ☐ No
6	Apellido legal del dependiente	Primer nombre legal del dependiente	Segundo nombre legal del dependiente	Fecha de nacimiento del dependiente	Numero de Seguro Social del dependiente	
	Dirección del dependiente: <i>marque siguiente casilla de verificación si es el mismo domicilio que el del participante</i> ☐			Relación con el participante ☐ Hijo natural ☐ Hijo adoptado ☐ Hijastro	Sexo ☐ Hombre ☐ Mujer	¿Documentos requeridos? ☐ Sí ☐ No

Si corresponde, dependientes adicionales deben agregarse en una hoja separada.

SECCIÓN 4: REQUISITOS DE DOCUMENTACIÓN
Consulte los documentos requeridos del formulario de inscripción (portada) para conocer los documentos requeridos para cónyuges y dependientes.

SECCIÓN 5: RECONOCIMIENTO Y FIRMA DE LOS PARTICIPANTES
Al proporcionar la información contenida en este formulario, entiendo y autorizo al Fondo de Salud, sus representantes o sus proveedores de servicios externos a comunicarse conmigo por teléfono, correo electrónico o correo postal, con fines de administración del Fondo de Salud y actividades relacionadas con la atención médica, como la inscripción y la administración médica. Doy mi consentimiento y acepto que el Fondo de Salud y sus proveedores de servicios externos pueden, de vez en cuando, a su entera discreción, hacerme llamadas o enviarme mensajes de texto utilizando mensajes pregrabados o voz artificial o mediante el uso de un sistema de marcación telefónica automática a cualquier número de teléfono proporcionado en este formulario, incluido mi teléfono celular que podría resultar en cargos para mí. <i>Entiendo que es fraudulento completar este formulario con información que sé que es falsa e omitir conscientemente hechos importantes. Un acto de este tipo puede dar lugar a sanciones penales y/o civiles. Si alguna de la información anterior es falsa, acepto reembolsar al Mid-America Carpenters Regional Council Health Fund por cualquier dinero que haya sido inducido a pagar como resultado de la información que proporcioné. La recepción o finalización de este formulario no es una garantía de elegibilidad.</i>

X Firma del participante	Fecha
Envíe el formulario de inscripción completo con copias de todos los documentos requeridos: - Someta de forma segura en el Portal para miembros: laborfunds.org/member-portal - Por correo a la dirección que aparece en la parte superior de este formulario, Attn: Participant Services - Por fax al número de fax que aparece en la parte superior de este formulario	