



# 1199SEIU National Benefit Fund for Home Care Employees

Times Square Station, Member Eligibility, P.O. Box 838, New York, N.Y. 10108-0838

## ENROLLMENT FORM Formulario de Inscripción

**THIS FORM IS STRICTLY CONFIDENTIAL. YOU MUST ANSWER ALL THE QUESTIONS. PRINT CLEARLY IN INK AND SIGN THE BACK.**

ESTE FORMULARIO ES ESTRUCTAMENTE CONFIDENCIAL. USTED DEBE CONTESTAR TODAS LAS PREGUNTAS. ESCRIBA CON TINTA EN LETRA DE MOLDE Y FIRME EL FORMULARIO AL DORSO.

### MEMBER INFORMATION / DATOS DEL MIEMBRO SECTION ONE / SECCIÓN UNO

1. MEMBER NAME <i>Nombre del Miembro (Last) (Apellido)</i> (First) <i>(Nombre)</i> (M.I.) <i>(Inicial)</i>		2. SOCIAL SECURITY NUMBER <i>Número de Seguro Social</i>	3. DATE OF BIRTH <i>Fecha de Nacimiento</i> Mo Day Year Mes Día Año	4. SEX <i>Sexo</i> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
5. ADDRESS <i>Dirección</i> APT. # <i>Apartamento #</i>		6. AREA CODE & HOME PHONE NUMBER <i>Código de área y número de teléfono residencial</i>		7. MARITAL STATUS <i>Estado Civil</i>
CITY <i>Ciudad</i> STATE <i>Estado</i> ZIP CODE <i>Zona Postal</i>		8. MARRIAGE DATE <i>Fecha de Matrimonio</i> Mo Day Year Mes Día Año		
8A. For purposes of statistical/demographic information, we ask you to provide the following information. <b>PLEASE CHECK ONE:</b> <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> Latino <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Other <i>Para propósitos de información estadística/demográfica, solicitamos nos puedan proveer la siguiente información. Por favor marque una: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro</i>		6A. E-MAIL <i>Correo Electrónico</i>		
9. SPOUSE'S FULL NAME (Last, First, Middle Initial) <b>Attach Copy of Marriage Certificate</b> <i>Nombre completo del cónyuge (Apellido, Nombre, Inicial) Anexe una Copia del Certificado de Matrimonio</i>		10. SPOUSE'S BIRTH DATE <i>Fecha de nacimiento del cónyuge</i> Mo Day Year Mes Día Año	11. SPOUSE'S SOCIAL SECURITY NUMBER <i>Número de Seguro Social del cónyuge</i>	

12. YOUR CHILD(REN)'S NAME(S) <b>Attach Copy of Birth Certificate for Each Dependent</b> <i>Los nombres de sus hijos(as) Anexe una copia del certificado de nacimiento de cada dependiente</i>	13. SEX <i>Sexo</i> <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	14. DATE OF BIRTH <i>Fecha de Nacimiento</i> Mo Day Year Mes Día Año	15. RELATIONSHIP <i>Parentesco</i>	16. SOCIAL SECURITY NUMBER <i>Número de Seguro Social</i>
1				
2				
3				
4				
5				

### 1199SEIU EMPLOYER & EMPLOYMENT HISTORY / SU EMPLEADOR 1199 Y SUS ANTECEDENTES DE EMPLEO ANTERIORES SECTION TWO / SECCIÓN DOS

YOUR 1199SEIU EMPLOYER \_\_\_\_\_ WORK PHONE \_\_\_\_\_  
17. Su empleador 1199SEIU \_\_\_\_\_ Número del teléfono del empleador \_\_\_\_\_

18. ADDRESS *Dirección* \_\_\_\_\_  
CITY *Ciudad* \_\_\_\_\_ STATE *Estado* \_\_\_\_\_ ZIP *Zona Postal* \_\_\_\_\_

19. STARTING DATE: \_\_\_\_\_  
*Fecha de Comienzo*

20. IF YOU WORK FOR ANOTHER 1199SEIU EMPLOYER, NAME OF OTHER EMPLOYER: \_\_\_\_\_  
*Si trabaja para otro empleador 1199SEIU, nombre del otro empleador*

21. ADDRESS *Dirección* \_\_\_\_\_  
CITY *Ciudad* \_\_\_\_\_ STATE *Estado* \_\_\_\_\_ ZIP *Zona Postal* \_\_\_\_\_

22. STARTING DATE: \_\_\_\_\_ 23.  FULL-TIME  PART-TIME  PER DIEM  TEMP. 24. HOURS PER WEEK \_\_\_\_\_ 25. PAY PER WEEK \$ \_\_\_\_\_  
*Fecha de Comienzo* *Tiempo Completo* *Tiempo Parcial* *Jornalero* *Temp.* *Horas por semana* *Pago por semana \$*

### 31. PLEASE INDICATE PREVIOUS EMPLOYMENT *Por favor indique el empleo anterior*

EMPLOYER <i>Empleador</i>	1199SEIU JOB <i>Empleo 1199SEIU</i>		CITY <i>Ciudad</i>	STATE <i>Estado</i>	DATE STARTED <i>Fecha de Comienzo</i>			DATE ENDED <i>Fecha de Terminación</i>		
	YES <i>Sí</i>	NO <i>No</i>			MONTH <i>Mes</i>	DAY <i>Día</i>	YEAR <i>Año</i>	MONTH <i>Mes</i>	DAY <i>Día</i>	YEAR <i>Año</i>
1										
2										

PLEASE CONTINUE COMPLETION OF THIS FORM ON REVERSE SIDE *Sírvase continuar llenando el formulario al dorso*

27. NAME OF SPOUSE'S EMPLOYER: Nombre del empleador del cónyuge
28. EMPLOYER'S ADDRESS: Dirección del empleador
29. DOES YOUR SPOUSE HAVE OTHER HEALTH INSURANCE COVERAGE?
30. IF YES, NAME OF INSURANCE PLAN

31. POLICY/GROUP NUMBER: Número de póliza/grupo
32. Please indicate the type of coverage: Hospital, Surgical, Major Medical, etc.
33. DOES THIS PLAN ALSO INCLUDE PRESCRIPTION COVERAGE?
34. EFFECTIVE DATE OF COVERAGE
35. IS THIS COVERAGE INDIVIDUAL OR FAMILY?

36. DOES YOUR DEPENDENT CHILD(REN) HAVE OTHER HEALTH INSURANCE?
37. IS THIS INSURANCE THE SAME AS ABOVE?
38. NAME OF OTHER PARENT:
39. NAME OF OTHER PARENT'S EMPLOYER:
40. ADDRESS OF OTHER PARENT'S EMPLOYER:
41. SOCIAL SECURITY #:
42. DATE OF BIRTH:

BENEFICIARY INFORMATION / DATOS DE BENEFICIARIOS

SECTION FOUR / SECCIÓN CUATRO

BENEFICIARY INFORMATION—FOR YOUR LIFE INSURANCE. Insert name and address of person(s) to whom your Life Insurance is to be paid. State how the person(s) are related to you. If a minor (under age 18), state age, and indicate the name of the person who will act as the Guardian in the Remarks Section below until the minor attains age 18.

DATOS DE BENEFICIARIOS — DE SU SEGURO DE VIDA. Indique el nombre y dirección de la persona o personas a las cuales deberá pagarse su seguro de vida. Indique el parentesco que tiene dicha persona o personas con usted. En caso de un menor de edad (menor de 18 años de edad), indique en la sección titulada "Comentarios" más abajo la edad y el nombre de la persona que actuará como tutor hasta que el menor cumpla los 18 años de edad.

43. NAME OF BENEFICIARY (Last, First, Middle Initial) / Nombre del beneficiario (Apellido, nombre, inicial)
SOCIAL SECURITY NUMBER / Número de Seguro Social
RELATIONSHIP TO MEMBER / Parentesco con el Miembro
BIRTH DATE (if under 18) / Fecha de Nacimiento (menores de 18 años de edad)

STREET ADDRESS OF BENEFICIARY / Dirección Postal del Beneficiario
CITY / Ciudad
STATE / Estado
ZIP CODE / Zona Postal

44. NAME OF BENEFICIARY (Last, First, Middle Initial) / Nombre del Beneficiario (Apellido, nombre, inicial)
SOCIAL SECURITY NUMBER / Número de Seguro Social
RELATIONSHIP TO MEMBER / Parentesco con el Miembro
BIRTH DATE (if under 18) / Fecha de Nacimiento (menores de 18 años de edad)

STREET ADDRESS OF BENEFICIARY / Dirección Postal del Beneficiario
CITY / Ciudad
STATE / Estado
ZIP CODE / Zona Postal

45. NAME OF BENEFICIARY (Last, First, Middle Initial) / Nombre del Beneficiario (Apellido, nombre, inicial)
SOCIAL SECURITY NUMBER / Número de Seguro Social
RELATIONSHIP TO MEMBER / Parentesco con el Miembro
BIRTH DATE (if under 18) / Fecha de Nacimiento (menores de 18 años de edad)

STREET ADDRESS OF BENEFICIARY / Dirección Postal del Beneficiario
CITY / Ciudad
STATE / Estado
ZIP CODE / Zona Postal

REMARKS: Comentarios:

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 required by law. THE FOREGOING STATEMENTS ARE TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE TRUE AND COMPLETE.

MEMBER'S SIGNATURE Firma del Miembro DATE Fecha

IF YOU DO NOT SIGN AND DATE THIS FORM IT WILL BE RETURNED TO YOU AND YOU WILL NOT BE ENROLLED. SI NO FIRMA Y FECHA ESTA FORMULARIO, LE SERÁ DEVUELTO Y NO SE LE INSCRIBIRÁ.