



CEMENT MASONS HEALTH AND WELFARE TRUST FUND FOR NORTHERN CALIFORNIA
CEMENT MASONS VACATION/HOLIDAY TRUST FUND FOR NORTHERN CALIFORNIA
CEMENT MASONS PENSION TRUST FUND FOR NORTHERN CALIFORNIA

4160 Dublin Blvd Suite 400, Dublin, CA 94568 | Teléfono: (707) 864-3300 or 1-888-245-5005

Correo Electrónico: nccmenrollment@hsba.com | Sitio de Web: <http://www.norcalcementmasons.org>

FORMA DE INSCRIPCIÓN

Parte I. INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE (Por favor imprima claramente con tinta)

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		NOMBRE: PRIMER		MEDIO	APELLIDO	
DIRECCIÓN POSTAL		CIUDAD		ESTADO	CODIGO POSTAL	
DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE DE LA ANTERIOR)		CIUDAD		ESTADO	CODIGO POSTAL	
N ^U DE CASA : ☎		CORREO ELECTRONICO, SI TIENE		N ^U DE UNION LOCAL		<input type="checkbox"/> Cuando posible prefiero recibir información de beneficios en Español.
N ^U DE CELLULAR: ☎						
FECHA DE NACIMIENTO	MES / DÍA / AÑO	GENERO	ESTADO CIVIL		MES / DÍA / AÑO	MATRIMONIO ANTERIOR* (SI APLICA)
		<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	<input type="checkbox"/> SOLTERO/A <input type="checkbox"/> CASADO/A → (La fecha de Matrimonio) →			NOMBRE DE X- CÓNYUGE _____ FECHA DE DIVORCIO _____

Parte II. INFORMACION DE DEPENDIENTES

IMPORTANTE: Agregar “**Dependientes Elegibles**” o cancelar los quienes anteriormente inscribió abajo. El término “**Dependientes Elegibles**” significa su cónyuge legal, sus hijos menores de 26 años de edad sin importar su estado civil y sus hijos solteros de 26 de edad o más que estén totalmente incapacitados según lo explica el Plan. A menos que los documentos hayan sido entregados antes, tiene obligación de enviar por correo los documentos correspondientes que se indican abajo a la Oficina del Fondo para comprobar su relación con su dependiente(s).

Cónyuge – Certificado de Matrimonio* **Si está divorciado**, tiene que proporcionar copia de la Disolución Final del Matrimonio. Se ex cónyuge perderá su condición de dependiente a la fecha de la disolución.
COMPAÑERO DOMÉSTICO – Lea el Parte III que sigue

HIJO PROPIO/HIASTRO – Certificado de Nacimiento **HIJO ADOPTADO** – Certificado de Nacimiento y Adopción Legal
CUSTODIA LEGAL– Los papeles o documentos de tutela de un Tribunal nombrándolo como guardián legal.
NIÑO FOSTER – Prueba de colocación en su hogar o la custodia de una agencia de colocación o un Tribunal que le nombra como el padre foster

Para fines de identificación, escriba su número de seguro social en cada documento(s)

Agregar/ Cancelar	Relación	Género	Nombre (Primer, Medio, Apellido)	Fecha de Nacimiento Mes Día Año	N ^U de Seguro Social
<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Cancelar	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Compañero Doméstico	<input type="checkbox"/> Mascu. <input type="checkbox"/> Femen.		/ /	- -
<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Cancelar	Niño	<input type="checkbox"/> Mascu. <input type="checkbox"/> Femen.		/ /	- -
<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Cancelar	Niño	<input type="checkbox"/> Mascu. <input type="checkbox"/> Femen.		/ /	- -
<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Cancelar	Niño	<input type="checkbox"/> Mascu. <input type="checkbox"/> Femen.		/ /	- -

- Usted será responsable de cualquier reclamación incorrectamente pagados que resulte de la falta de notificar la Oficina de fondos de los cambios de dependientes elegibles, tales como, pero no limitado a la muerte, el divorcio o la pérdida de la custodia legal.
- Esta Forma será devuelta si usted no proporciona los datos del dependiente como fecha de nacimiento y número de Seguro Social.

Parte III. ELIGIBILIDAD DE COMPAÑERO DOMÉSTICO DEL PLAN DE SALUD Y BIENESTAR

Con el fin de determinar si su Compañero Doméstico cumple con los requisitos del Plan de Salud y Bienestar para la cobertura de su Compañero Doméstico, por favor entregue la siguiente información. Para inscribir a los hijos de su Compañero Doméstico, de ser el caso, debe entregar los documentos correspondientes que se enumeran en la sección de información de dependientes de esta forma.

Un documento en escrito de su empleador certificando que el empleador tiene un contrato de trabajo con la ciudad o Condado de San Francisco, la Ciudad de Oakland, la Ciudad de Sacramento, El Condado de San Mateo o el Estado de California. Si el empleador firmo un contrato con el Estado de California, también debe certificar que la cantidad acumulativa del contrato es de \$100,000.00 o más durante el año fiscal del Estado. Si su empleador certifica que realiza negocios o han celebrado un contrato por un trabajo con la Ciudad o Condado de San Francisco, Las Ciudad de Oakland o la Ciudad de Sacramento, debe entregar una copia de su certificado de su Compañero Doméstico expedido por cualquier ciudad, condado agencia estatal.

Si su empleador certifica que han entrado en un contrato trabajo con el Condado de San Mateo o el Estado de California, usted y su pareja debe estar registrado como pareja de hecho con el Secretario de Estado de California, obtener un certificado de socios nacionales de la Secretaría de oficina y del Estado proporcionar una copia a la Oficina del Fondo.

Parte IV. INFORMACION DE OTROS SEGUROS

¿Tiene alguno de sus dependientes que están en la lista al reverse de esta forma con alguna otra cobertura de plan patrocinado por un empleador ya sea medico, de recetas medicas, dentales u ópticas como empleado o como dependiente?

No: Omita esta sección. **NOTA:** Tiene que notificar *inmediatamente* a la Oficina del Fondo Fideicomiso si cualquier dependiente obtiene otro seguro por cualquier motivo, como derecho a Medicare, Medi-Cal, incapacidad o a través del empleo.

Sí: Complete la sección IV. Si el otro seguro aplica a todos los dependientes mencionados en la parte del frente del formulario, complete el encasillado que aparece más adelante. Si uno o más de sus dependientes tienen más de un seguro adicional, haga una fotocopia de esta sección y complétela para cada dependiente..

¿Vive(n) el(los) dependiente(s) con usted?

Sí **No** Si la respuesta es "No", ¿con quién vive el niño? Nombre: _____ Parentesco: _____

Si está divorciado proporcione copia de todas las órdenes del tribunal respecto a la custodia y/o cobertura de salud para el dependiente.

Nombre(s) de los dependientes cubierto por otra seguro:

Nombre del Asegurado/a o titulares de la póliza

Relación al Participante

Número de Seguro Social
O Número de Identificación del Asegurado

Nombre del empleador
Proporcionado la cobertura

TIPO DE BENEFICIOS QUE SE PROPORCIONAN	NUMERO DE POLIZA	FECHA DE VIGENCIA	¿CUBRE A LOS DEPENDIENTES?
NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL PLAN MEDICO			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL PLAN DENTAL			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL PLAN DE RECETAS MEDICAS			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL PLAN ÓPTICO			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO

Parte V. INFORMACION DE BENEFICIARIO - DESIGNACION OF BENEFICIARIO

1. **Fondos de Fideicomiso de Salud y Bienestar y de Vacación y Feriado** – Usted podrá designar a cualquier beneficiario que desee. Los Beneficios que se deban de estos Fondos se pagaran a su beneficiario nombrado.

2. **Fondo de Fideicomiso de Pensión y Plan de Anualidad** Si usted está casado/a, los beneficios se pagaran a su cónyuge sobreviviente y no Su beneficiario nombrado si no es su cónyuge de acuerdo con las disposiciones de Pensión y de Anualidad. Póngase en contacto con la Oficina del Fondo o consulte los folletos del Plan para más información con respecto a los pagos de los beneficios a sus beneficiarios.

Marque aquí si desea designar a más de una persona para uno o más de los Fondos. Se le enviará por correo el formulario necesario.

Marque aquí si **no** desea cambiar a su beneficiario previamente designado.



Si no designa a un beneficiario más adelante (y tampoco marca el encasillado anterior), cualquier beneficio por muerte pagadero se le pagará por igual a uno o más de sus familiares sobrevivientes ya que este Formulario de Inscripción reemplaza el formulario que usted había completado anteriormente, si alguno, y entrará en vigor al ser recibido por la Oficina del Fondo Fideicomiso.

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	NOMBRE: PRIMER	MEDIO	APELLIDO	RELACIÓN
DIRECCIÓN POSTAL	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	

***** Por favor no agregarse a si mismo como beneficiario *****

DECLARACION DEL PARTICIPANTE – DEBE poner fecha y firmar esta forma

Por este medio certifico bajo pena de perjurio de acuerdo a las leyes del Estado de California que la información dada en esta forma es cierta, correcta y completa a lo mejor de mi conocimiento.

FECHA:

FIRMA: