

**MLK CARE**

# Formulario de cambios o inscripción



Santa Monica UNITE HERE  
Health Benefit Trust Fund:  
1200 Wilshire Blvd, Fifth Floor  
Los Angeles, CA. 90017

Nombre Del Empleado \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social \_\_\_\_\_

Dirección Postal \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_

Genero M F Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Estado Civil Soltero(a) Casado(a) Numero de Teléfono \_\_\_\_\_

Teléfono móvil \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Fecha de Empleo \_\_\_\_\_

**NOMBRE A TODAS LAS PERSONAS CUBIERTAS POR ESTA INSCRIPCION.** Usted puede incluir a su cónyuge, pareja de hecho y los hijos dependientes menores de 26 años de edad.

USTED DEBE PRESENTAR COPIAS DE LA DOCUMENTACIÓN (CERTIFICADO DE MATRIMONIO Ó DE NACIMIENTO) PARA VERIFICAR Y CONFIRMAR LA ELEGIBILIDAD DE SUS DEPENDIENTES INSCRITOS. TAMBIÉN DEBE PROPORCIONAR EL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DE CADA DEPENDIENTE INSCRITO.

**NOMBRE DEL CÓNYUGE/PAREJA DE HECHO Y TODOS LOS NIÑOS:**

Apellido, Primer Nombre	Genero	Relacion	Fecha De Nacimiento	Numero De Seguro Social

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta. También entiendo que el Fondo requiere comprobante de nacimiento de mis hijos, certificado de matrimonio para mi cónyuge o prueba de pareja de hecho cuando se envía este formulario de inscripción.

Fecha de Firma \_\_\_\_\_ Firma del Empleado \_\_\_\_\_

**Médico Designado de la Atención Primaria Martin Luther King Community de Salud:**

\_\_\_\_\_