

SANTA MONICA UNITE HERE HEALTH BENEFIT TRUST FUND

www.santamonicauniteherefunds.org

Administered By: Benefit Programs Administration

Telephone • (866) 345-5189 • (562) 463-5075 • FAX (562) 463-5894

Martin Luther King Community Healthcare Plan, Enrollment Form

Name of Employee Social Security Number

Address City State Zip Code

Date of Birth Telephone Gender M F (circle one)

Marital Status (circle one): Single Married Divorced Widowed

Employer Date of Hire

LIST BELOW ALL OTHER PERSONS COVERED BY THIS ENROLLMENT. Only your spouse, domestic partner and eligible dependent children under the age of 26 may be included.

YOU MUST SUBMIT COPIES OF DOCUMENTATION (MARRIAGE AND/OR BIRTH CERTIFICATES) TO VERIFY AND CONFIRM THE ELIGIBILITY OF YOUR ENROLLED DEPENDENTS. YOU MUST ALSO PROVIDE THE SOCIAL SECURITY NUMBER FOR EACH ENROLLED DEPENDENT.

LIST NAME OF SPOUSE/DOMESTIC PARTNER AND ALL CHILDREN:

LAST NAME	FIRST NAME	SEX	RELATIONSHIP	DATE OF BIRTH	SOCIAL SECURITY NUMBER
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

I certify that the above information is true and correct. I also understand that the Trust Fund requires proof of birth of my children, marriage certificate for my spouse and/or proof of domestic partnership when this Enrollment Form is submitted.

Date Signed Signature of Employee

Designated Primary Care Martin Luther King Community Healthcare Plan Physician:

SEND COMPLETED ENROLLMENT FORM TO:

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

SANTA MONICA UNITE HERE HEALTH BENEFIT TRUST FUND

www.santamonicauniteherefunds.org

Administered By: Benefit Programs Administration

Telephone • (866) 435-5189 • (562) 463-5075 • FAX (562) 463-5894

Martin Luther King Community Plan de Salud Forma de Inscripción Médica

Nombre Del Empleado _____ Numero de Seguro Social _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Fecha de Nacimiento _____ Numero de Teléfono _____ Genero (circulé uno) M F

Estado Civil (circulé uno): Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a)

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
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

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 Plan de Salud

ENVIE EL FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN COMPLETADO A:

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