



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 _____ Preferencia de Idioma Inglés Español

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:
