

FONDO FIDUCIARIO DE BENEFICIOS DE SALUD UNITE HERE DE SANTA MÓNICA

Administrado por: Benefit Programs Administration
Teléfono • (866) 345-5189 • (562) 463-5075 • FAX (562) 463-5894
www.santamonicauniteherefunds.org

2021 de septiembre

Asunto: Formulario de Autorización de Deducción de Nómina
para Participantes del Plan Inscritos en el Plan Kaiser HMO

Estimado miembro:

Se adjunta el Formulario de Autorización de Deducción de Nómina para que lo complete, lo firme y lo devuelva a la Oficina Administrativa del Fondo. Está recibiendo este formulario porque actualmente está inscrito en el Plan Médico de Kaiser, y se requiere una contribución mensual de empleado por la cantidad de \$20 para su cobertura de Kaiser. Su contribución mensual de \$20 debe hacerse mediante una deducción de nómina (es decir, su empleador lo deducirá de su cheque de pago).

El formulario completo debe ser enviado a la Oficina de Administración del Fondo antes del 30 de noviembre de 2021. Si el formulario no es recibido por Kaiser, su cobertura médica se dará de baja a partir del 1 de diciembre de 2021.

Tenga en cuenta que debe completar y devolver el Formulario de Autorización de Deducción de Nómina incluso si su empleador actualmente le aplica deducciones de nómina mensuales.

Si tiene alguna pregunta sobre el Fondo Fiduciario de Beneficios de Salud UNITE HERE de Santa Mónica, comuníquese con la oficina administrativa llamando al (866)345-5189 o al (562) 463-5075 o visite el sitio web del Fondo en www.santamonicauniteherefunds.org.

Atentamente,

OFICINA ADMINISTRATIVA