FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN/RENUNCIA DEL FONDO DE SALUD Y BIENESTAR DE SEIU

Limpiavidrios de SEIU Local 26

NOMBRE: _____APELLIDO: _____

NÙMERO DEL SEGURO SCOIAL: _____ _____ _____ - _____ _____ - _____ _____ _____ _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____/_____ /_____ SEXO: MASCULIN FEMENINO

TELÉFONO: _____ CORRERO ELECTRÒNICO_____

DIRECCIÓN PARTICULAR, CALLE Y N.º DE DEPTO.: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

NOMBRE DEL EMPLEADOR: **_____**

NÚMERO DE EMPLEADO: **_____ FECHA DE CONTRATACIÓN**: **_____**

Inscripción de hijos: los hijos elegibles incluyen a los hijos por nacimiento o adopción legal de 26 años o menos.

NOMBRE	APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL	RELACIÓN
				Hijo Hija
				Hijo Hija
				Hijo Hija

□ **NO** deseo inscribirme en el plan de seguro médico. Comprendo que estoy renunciando a esta cobertura y que no podré inscribirme hasta el próximo período de inscripción abierta o a menos que ocurra un evento calificado.

□ Deseo inscribirme **SOLO YO** en el plan de seguro médico. Autorizo a mi empleador a procesar mi deducción por nómina de pago (según el convenio de negociación colectiva [Collective Bargaining Agreement, CBA, por sus siglas en inglés] entre mi empleador y SEIU Local 26). Comprendo que no puedo renunciar a la cobertura hasta el próximo período de inscripción abierta o a menos que ocurra un evento calificado.

□ Deseo inscribir en el plan de seguro médico a **MÍ Y A MIS DEPENDIENTES ELEGIBLES** mencionados arriba. Autorizo a mi empleador a procesar mi deducción por nómina de pago (según el CBA entre mi empleador y SEIU Local 26). Comprendo que no puedo renunciar a la cobertura hasta el próximo período de inscripción abierta o a menos que ocurra un evento calificado.

_____ _____

Firma **Fecha**

Al firmar este formulario, declaro que toda la información suministrada es verdadera y correcta.