

Dependent Enrollment Form

FOR OFFICE USE ONLY

New

Re-Enrollment

Spouse Verification

Drop

Section 1: Employee Information

Last Name	First	Middle	
Date of Birth (month-day-year)	SSN/MID #	Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	
Address	City	State	Zip
County	Cell Phone ()	Home Phone ()	
Employer Name	Employer Address	Hire Date	
Email	Language Preference: <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Other:	Delivery Preference for Healthcare Communications: <input type="checkbox"/> Mail <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Text	

Section 2: Dependent Children Information

Last Name	First Name	Gender	Date of Birth (month-day-year)	Social Security #	Please complete if child has other insurance
1		<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female			Carrier Policy # Type
2		<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female			Carrier Policy # Type
3		<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female			Carrier Policy # Type
4		<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female			Carrier Policy # Type
5		<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female			Carrier Policy # Type
6		<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female			Carrier Policy # Type

Other information required for new dependents: In addition to this completed enrollment form, you must also provide a copy of one of the documents listed below to prove a person's dependent status for benefit purposes. If you are enrolling your child, the document you provide must contain the names of the child's parents.

- Marriage certificate (for your spouse)
- Birth certificate (for your children)
- In certain circumstances, UNITE HERE HEALTH accepts other documents for identification. Call your regional office for more information.

Dependent Coverage will not begin, and benefit claims for your dependents cannot be paid, until we receive the required documentation.

Under state-specific requirements for your dental benefits, you may be able to enroll a dependent other than a spouse or child. Contact us if you want to enroll other dependents in your dental plan.

**Turn over for
Sections 3, 4, and 5.**



Section 3: Spouse Information

Last Name	First	Middle
Date of Birth (month-day-year)	SSN/MID #	Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female

Is your spouse employed?

Yes: Employed — Complete the employer information below.

Employer Name	Employer Address	Employer Phone
---------------	------------------	----------------

Yes: Self-Employed — Present a copy of your most recent Tax Form 1040 or equivalent, including W2 and Schedule A.

No: Not Working — Provide a copy of the following: your most recent Tax Form 1040 or equivalent, including W2 (2 most current years); letter from previous employer stating that spouse/partner has been laid off or let go or a copy of unemployment stubs; Social Security Disability Letter or copy of disability payment detail; leave of absence papers; or proof of recent entry to the United States.

Does your spouse have other insurance coverage?

Yes — Complete the information below. Check all that apply.

Insurance Company	Insurance Company Address	Insurance Company Phone
-------------------	---------------------------	-------------------------

Policy #	Effective Date
----------	----------------

Coverage:
 Single Family Medical Dental Prescription Vision

Type:
 HMO PPO POS Medicare Other:

No — Complete the information below and submit a signed Spousal Employer Verification Form. Check all that apply.

<input type="checkbox"/> Healthcare coverage not offered	<input type="checkbox"/> Employer health plan terminated and received additional payment or compensation	<input type="checkbox"/> Employer health plan terminated and DID NOT receive additional payment or compensation
<input type="checkbox"/> Part-time employee — not eligible for coverage	<input type="checkbox"/> Seasonal/temporary/on-call employee — not eligible for coverage	<input type="checkbox"/> Eligible, but not enrolled
<input type="checkbox"/> New employee in waiting period — will be eligible on:		<input type="checkbox"/> Other:

Documents needed to prove dependent status: In addition to this completed enrollment form, you must also prove your spouse's dependent status for benefit purposes. Certain other documents may be acceptable. Contact UNITE HERE HEALTH for more information. **Dependent coverage will not begin, and benefit claims for your dependent spouse cannot be paid, until we receive this required documentation.** Provide at least one of the following:

- Your marriage certificate
- Proof of loss of other coverage

Section 4: Dropping a Dependent

There are penalties if you cover people you shouldn't. If you enroll, or fail to drop, a dependent who is no longer eligible for benefits (such as a divorced spouse or an ineligible child), you are responsible for paying any related claims.

I need to end coverage for a previous dependent: Effective _____ (date), _____ (name) is no longer eligible for benefits under the Plan because:

- We are divorced We are legally separated Other:

Section 5: Required Signature(s)

I understand that knowingly enrolling someone who does not qualify for coverage under UNITE HERE HEALTH's dependent enrollment criteria could be grounds for the suspension or termination of my coverage, and that if I enroll someone who does not qualify as my dependent, I will be liable to UNITE HERE HEALTH for any benefits or premiums UNITE HERE HEALTH pays on behalf of that person.

I hereby certify that my dependents listed above meet UNITE HERE HEALTH's dependent enrollment criteria and that the information I have provided on this Enrollment Form is true and correct.

Print Participant Name	Participant Signature	Date
Print Spouse Name	Spouse Signature	Date

Formulario de inscripción de dependientes

FOR OFFICE USE ONLY

New

Re-Enrollment

Spouse Verification

Drop

Sección 1: Información sobre el empleado

Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	
Fecha de nacimiento (mes-día-año)	SSN/MID #	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Calle	Ciudad	Estado	Código postal
Condado	Celular ()	Teléfono ()	
Nombre del empleador	Dirección del empleador	Fecha de contratación	
Correo electrónico	Idioma de preferencia: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro:	Forma de entrega preferida para comunicaciones de salud: <input type="checkbox"/> Correo postal <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Texto	

Sección 2: Información sobre los hijos dependientes

Apellido	Nombre	Sexo	Fecha de nacimiento (mes-día-año)	No. Seguro Social	Por favor completar si el hijo o hija tiene otra cobertura médica
1		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			Compañía de seguro No. de póliza Tipo
2		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			Compañía de seguro No. de póliza Tipo
3		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			Compañía de seguro No. de póliza Tipo
4		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			Compañía de seguro No. de póliza Tipo
5		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			Compañía de seguro No. de póliza Tipo
6		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			Compañía de seguro No. de póliza Tipo

Los documentos necesarios para comprobar el estado de dependiente: Además de completar el formulario, debe presentar, según corresponda, por lo menos uno de lo siguiente para probar la condición de dependiente del hijo o hija respecto a los beneficios. El documento que proporcione debe contener los nombres de los padres del dependiente. Ciertos otros documentos pueden ser aceptados. Comuníquese con UNITE HERE HEALTH para más información. **La cobertura de dependientes no comenzará, los reclamos por sus hijos o hijas dependientes no se pueden pagar, hasta que recibamos la documentación requerida.**

- Acta de nacimiento
- Prueba escrita de adopción o tutoría otorgada por un juez

- Mandatos judiciales que requieren que obtenga beneficios médicos para su(s) hijo(s) dependiente(s)

Bajo requisitos estatales específicos para sus beneficios dentales, es posible que usted pueda inscribir a un dependiente que no sea su cónyuge o hijo(a). Comuníquese con nosotros si desea inscribir a otros dependientes en su plan dental.

Dele la vuelta para ver las Secciones 3, 4, y 5.



Sección 3: Información sobre el cónyuge

Apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Fecha de nacimiento (mes-día-año)	SSN/MID #	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino

¿Su cónyuge, está empleado/a?

Sí: En caso sea empleado — Complete la información del empleador a continuación.

Nombre del empleador	Dirección del empleador	Teléfono del empleador
----------------------	-------------------------	------------------------

Sí: trabaja por cuenta propia — Presentar una copia de su formulario de impuestos más reciente 1040 o su equivalente, incluyendo W2 y el Anexo A.

No: no esta trabajando — Proporcione una copia de lo siguiente: formulario de impuestos más reciente 1040 o su equivalente, incluyendo W2 (2 años recientes); carta del empleador anterior indicando que su cónyuge/pareja ha sido despedido o bien se prescindió de sus servicios o una copia de los talonarios de desempleo; carta de discapacidad emitida por el Seguro Social o copia de los detalles de pago de discapacidad; permiso para ausentarse; o prueba de reciente ingreso a los Estados Unidos.

¿Tiene su cónyuge otra cobertura de seguro?

Sí — Complete la siguiente información. Marque todo lo que corresponda.

Compañía de Seguro	Dirección de la Compañía de Seguros	Teléfono de la Compañía de Seguros
No. de póliza	Vigencia	

Cobertura:
 Individual Familiar Médico Dental Prescripción Visión

Type:
 HMO PPO POS Medicare Otro:

No — Complete la siguiente información y somete el Formulario de verificación del patrón de su cónyuge firmado. Marque todo lo que corresponda.

No se ofrece cobertura de atención de salud
 Empleado de tiempo parcial — no elegible para cobertura
 Nuevo empleado en período de espera
Será elegible:

Se discontinuó el plan de salud del empleador y obtuvo pago o compensación adicional
 Empleado estacional/temporario/de guardia — no elegible para cobertura

Se discontinuó el plan de salud del empleador y **NO RECIBIÓ** pago o compensación
 Elegible, pero no inscripto
 Otro:

Los documentos necesarios para comprobar el estado de dependiente: Además de completar el formulario, debe presentar, según corresponda, por lo menos uno de lo siguiente para probar la condición de dependiente respecto a los beneficios. Ciertos otros documentos pueden ser aceptados. Comuníquese con UNITE HERE HEALTH para más información. **La cobertura de dependientes no comenzará, los reclamos por su cónyuge dependiente no se pueden pagar, hasta que recibamos la documentación requerida.**

- Certificado de matrimonio
- Comprobante de la pérdida de otra cobertura

Sección 4: Dar de baja un dependiente

Se aplican multas si cubre a personas que no reúnen los requisitos de cobertura. Si usted inscribe, o no da de baja, a un dependiente que ya no es elegible para recibir beneficios (como un cónyuge del que se ha divorciado o un hijo que no es elegible), usted es responsable de pagar cualquier reclamo relacionado.

Deseo finalizar la cobertura de un dependiente: Efectivo _____ (fecha),
_____ (nombre) ya no es elegible para beneficios bajo el Plan porque:

- Estamos divorciados Estamos legalmente separados Otro motivo:

Sección 5: Firma requerida

Entiendo que inscribir intencionadamente a una persona que no tiene derecho a la cobertura según los criterios del UNITE HERE HEALTH para la inscripción de los dependientes podría ser motivo de suspender o terminar mi cobertura, y si inscribo a una persona que no califique como Dependiente mio, estaré responsable ante el UNITE HERE HEALTH de todo beneficio y prima que el UNITE HERE HEALTH haya pagado a nombre de esa persona.

Certifico por medio de la presente que mis Dependientes que aparecen anteriormente cumplen con los criterios de inscripción del UNITE HERE HEALTH y que los datos que he proporcionado en este Formulario de Inscripción son verdaderos y correctos.

Nombre del participante en letra de imprenta	Firma del participante	Fecha
Nombre del cónyuge en letra de imprenta	Firma del cónyuge	Fecha