

# Dependent Enrollment Form

FOR OFFICE USE ONLY

New

Re-Enrollment

Drop

Section 1: Employee Information		<input type="checkbox"/> Single Coverage	<input type="checkbox"/> Family Coverage
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

**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:

- Birth certificate
- Written proof of adoption or legal guardianship
- Court decrees that require you to provide medical benefits for a dependent child
- Proof of loss of other coverage

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? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Employer Name	Employer Address
Does your spouse have other insurance? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Carrier Name	Policy #

**Documents needed to prove dependent status:** In addition to this completed enrollment form, you must also provide at least one of the following in order to prove a 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.**

- 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.

<input type="checkbox"/> <b>I need to end coverage for a previous dependent:</b> Effective _____ (date), _____ (name) is no longer eligible for benefits under the Plan because: <input type="checkbox"/> We are divorced <input type="checkbox"/> We are legally separated <input type="checkbox"/> Other:
---

### Section 5: Required Signature

*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
------------------------	-----------------------	------

# Formulario de inscripción de dependientes

SÓLO PARA USO INTERNO — FOR OFFICE USE ONLY

New

Re-Enrollment

Drop

Sección 1: Información sobre el empleado		■ Póliza individual	■ Póliza familiar
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/as 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre del empleador	Dirección del empleador
¿Su cónyuge, tiene la cobertura de otro seguro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Compañía de seguro	No. de póliza

**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.

<input type="checkbox"/> <b>Deseo finalizar la cobertura de un dependiente:</b> Efectivo _____ (fecha), _____ (nombre) ya no es elegible para beneficios bajo el Plan porque: <input type="checkbox"/> Estamos divorciados <input type="checkbox"/> Estamos legalmente separados <input type="checkbox"/> Otro motivo:
--

### Sección 5: Firma requerida

Entiendo que inscribir intencionadamente a una persona que no tiene derecho a la cobertura según los criterios de 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 UNITE HERE HEALTH de todo beneficio y prima que 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 de UNITE HERE HEALTH y que los datos que he proporcionado en este Formulario de Inscripción son verdaderos y correctos.

Nombre en imprenta	Firma	Fecha
--------------------	-------	-------