

SECTION I: EMPLOYEE INFORMATION

				Social Security Number _____	
ALL EMPLOYEES MUST COMPLETE THIS SECTION					
Last Name	First	Middle	Date of Birth (month-day-year)	Gender	
				<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	
Street		Apt#	Telephone		
			()		
City	County	State	Zip		
Employer Name		Employer Address	Hire Date	Dept. ID	
Language Preference for Health Care Information					
<input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish Other: _____					

SECTION II: ELECTING WHO YOU WANT TO COVER

Place a check mark (✓) in the box corresponding to the amount of coverage you are electing.

Employee Only **Employee + One Dependent** **Employee + Two or More Dependents**

***Important Information About Dependent Coverage:** If you have dependents, but elect Employee Only or Employee + One Dependent, you may not enroll remaining dependents until the Plan's next Open Enrollment Period or when you qualify for special enrollment, which ever happens first. See your Summary Plan Description for details.*

I hereby certify the accuracy of coverage election shown above and in so doing authorize my employer to deduct from my pay the total amount I am required to contribute toward the cost of providing the amount of coverage I elected.

Print Name _____

Signature _____ **Date** _____

SECTION III: WAIVER OF UNITE HERE HEALTH COVERAGE

***Do not complete this section unless you intend to waive all coverage** provided under UNITE HERE HEALTH, Plan 123.*

I understand that by signing below, I am waiving my right to have my employer make contributions on my behalf to UNITE HERE HEALTH and **I will NOT BE COVERED** for any of the benefit coverages offered under UNITE HERE HEALTH, Plan 123. This waiver shall not become effective until received by UNITE HERE HEALTH, or its designated representative.

I further understand that by signing below, I will not be able to re-enroll, except during open enrollment periods or other times, as designated by my Collective Bargaining Agreement or federal law.

Print Name _____

Signature _____ **Date** _____

Notice of Special Enrollment Rights

If you are waiving enrollment for all health care coverage under Plan 123 of UNITE HERE HEALTH because of other group or individual health care coverage existing when you first become eligible under the Plan, you may be able to enroll individuals losing that coverage in Plan 123 when eligibility for the other coverage is lost. If your waiver of enrollment is not related to other group or individual health care coverage, you may also request enrollment in Plan 123 when: you acquire a dependent as the result of marriage, childbirth, adoption, placement for adoption, or a child from a foreign country takes up residence with you; the loss of your eligibility or a dependent's eligibility for Medicaid or Child Health Insurance Program benefits; or your eligibility or a dependent's eligibility for state financial assistance under a Medicaid or Child Health Insurance Program with the cost of the Fund's Coverage. The request for special enrollment must occur within 60 days after the occurrence of the applicable event.

**RETURN THIS COMPLETED FORM TO
UNITE HERE HEALTH, P.O. Box 6557, Aurora, IL 60598-0557**

SECCIÓN I: INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO

Número de Seguro Social _____

TODOS LOS EMPLEADOS DEBEN DE COMPLETAR ESTA SECCIÓN

Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento (mes-día-año)	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Calle	Apt#		Teléfono ()	
Ciudad	Condado	Estado	Código Postal	
Nombre del empleador		Dirección del empleador		Fecha de contratación

Idioma preferido para comunicaciones de cuidados de salud
 Inglés Español Otro _____

SECCIÓN II: ELECCIÓN DE COBERTURA

Por favor marque (✓) en el casillero correspondiente al monto de cobertura que está seleccionando.

Empleado solamente
 Empleado + un Dependiente
 Empleado + dos o más Dependientes

Información importante sobre cobertura de dependientes: Si usted tiene dependientes pero elige Empleado solamente o Empleado + un Dependiente, no podrá inscribir a los demás dependientes hasta el próximo período abierto de inscripción del Plan o hasta que califique para el ingreso especial, lo que ocurra primero. Ver detalles en Descripción Resumida del Plan.

Por la presente certifico que la elección de cobertura realizada es correcta y por la presente autorizo a mi patrón a deducir de mi pago el monto total que debo contribuir para cubrir el costo de la cobertura que seleccioné.

Nombre en imprenta _____

Firma _____ Fecha _____

SECCIÓN III: RENUNCIA A LA COBERTURA DE UNITE HERE HEALTH

No complete esta sección a menos que decida renunciar a la totalidad de la cobertura que se brinda a través del Plan 123 del UNITE HERE HEALTH.

Entiendo que al firmar más abajo estoy renunciando a mi derecho de que mi patrón haga contribuciones en mi nombre al UNITE HERE HEALTH y que **NO ESTARÉ CUBIERTO** con los beneficios ofrecidos a través del Plan 123 del UNITE HERE HEALTH. Esta renuncia no tendrá vigencia hasta tanto la misma sea recibida por el UNITE HERE HEALTH o su representante designado.

Entiendo además, que una vez que firme a continuación no podré reinscribirme salvo durante los períodos de ingreso abierto u otros períodos establecidos por mi Contrato Colectivo de Trabajo o la legislación federal.

Nombre en imprenta _____

Firma _____ Fecha _____

Aviso sobre los derechos de inscripción

Si usted está renunciando totalmente a la inscripción de cobertura del cuidado de salud bajo la Plan 123 del UNITE HERE HEALTH porque otra cobertura de grupo o cuidado de salud individual existe cuando usted primeramente es elegible bajo el Plan, usted quizás pueda inscribir a los individuos cuando pierdan dicha cobertura del Plan 123 cuando pierdan la elegibilidad para la cobertura bajo el otro Plan. Si su renuncia a la inscripción no está relacionada con otro grupo o cobertura de cuidado de salud individual, usted también puede pedir inscripción del Plan 123 cuando: Usted tenga un dependiente como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción, niños que están bajo su cuidado y están en proceso de adopción, o un niño de un país extranjero que tome residencia con usted, o la elegibilidad de un dependiente a Medicaid o beneficios de Child Health Insurance Program con el costo de la Cobertura del Fondo. La petición de inscripción especial debe de ocurrir dentro de 60 días después que ocurra el evento aplicable.