

Complete this form to elect coverage. Be sure to sign and date the form to confirm your elections. If you are enrolling dependents, you must also submit a completed Dependent Enrollment Form.

Section 1: Employee Information

Last Name *	First	Middle	Date of Birth (month-day-year)	Gender <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
Street *	Apt #		Telephone ()	Cell Phone ()
City *	County	State	Zip	
Social Security # *	Employer Name	Employer Address	Hire Date	
Language Preference for Healthcare Communications *			Email	
<input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Other:				

Section 2: Elect Your Coverage

Kaiser Foundation Health Plan Arbitration Agreement:

I understand that (except for Small Claims Court cases, claims subject to a Medicare appeals procedure or the ERISA claims procedure regulation, and any other claims that cannot be subject to binding arbitration under governing law) any dispute between myself, my heirs, relatives, or other associated parties on the one hand and Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP), any contracted health care providers, administrators, or other associated parties on the other hand, for alleged violation of any duty arising out of or related to membership in KFHP, including any claim for medical or hospital malpractice (a claim that medical services were unnecessary or unauthorized or were improperly, negligently, or incompetently rendered), for premises liability, or relating to the coverage for, or delivery of, services or items, irrespective of legal theory, must be decided by binding arbitration under California law and not by lawsuit or resort to court process, except as applicable law provides for judicial review of arbitration proceedings. I agree to give up our right to a jury trial and accept the use of binding arbitration. I understand that the full arbitration provision is contained in the Evidence of Coverage.

Signature _____ Date _____

Section 3: Choose Your Dental Plan

Place a check mark (✓) in the box below to choose the provider you want. You must elect a Medical Plan in order to elect a Dental Plan.

<input type="checkbox"/> LIBERTY Dental Plan DHMO	<input type="checkbox"/> LIBERTY Dental Plan PPO	<input type="checkbox"/> UHH Los Angeles Dental Center
--	---	---

Section 4: Waive UNITE HERE HEALTH Coverage

You may only waive coverage under the Long Beach/Orange County Plan if you can show proof of other healthcare coverage. Submit the proof of other coverage along with this form.

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

By placing a check mark (✓) in the box to the left and signing and dating in Section 6, I am waiving my right to the benefit coverages offered by Plan 278 and **I WILL NOT BE COVERED** for any of the benefit coverages offered by UNITE HERE HEALTH. This waiver shall not become effective until received by UNITE HERE HEALTH or its designated representative.

NOTICE: For your protection, California law requires the following to appear on this form. Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for the payment of a loss is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in state prison. California law prohibits an HIV test from being required or used by health insurance companies as a condition of obtaining health insurance coverage.

Turn over

Name _____ Social Security # _____

Section 5: Paycheck Deduction Authorization for Monthly Employee Contribution for Health Coverage

I understand that by signing in Section 6, I authorize and direct _____ (Print Employer Name), my Employer, to deduct from my gross wages the required monthly Employee Contribution amount and to pay amounts deducted to UNITE HERE HEALTH.

Section 6: Required Signature

I hereby certify the statements made herein are true and complete to the best of my knowledge, and I understand that their validity is one of the conditions of coverage.

Print Name _____

Signature _____ Date _____

Notice of special enrollment rights

If you are waiving enrollment for all healthcare coverage under the Long Beach/Orange County Plan 278 of UNITE HERE HEALTH because of other group or individual healthcare coverage existing when you first become eligible under the Plan, you may be able to enroll individuals losing that coverage in Plan 278 when eligibility for the other coverage is lost.

If your waiver of enrollment is not related to other group or individual healthcare coverage, you may also request enrollment in Plan 278 when:

- You gain a dependent as the result of marriage, childbirth, adoption, placement for adoption, or a child from a foreign country takes up residence with you;
- You or a dependent lose eligibility for Medicaid or Child Health Insurance Program benefits; or
- You or a dependent gain eligibility for state financial assistance under a Medicaid or Child Health Insurance Program to help pay for the cost of UNITE HERE HEALTH 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

Fax: (630) 236-4392 ● TTY: (855) 844-5262 ● www.uhh.org

UHH Notes

Call us to get answers to all your questions: (855) 844-5262

Complete este formulario para elegir cobertura. Asegúrese de firmar y fechar el formulario para confirmar sus elecciones. Si está inscribiendo a sus dependientes, debetambién someter el Formulario de inscripción para dependientes completado.

Sección 1: Información Sobre el Empleado

Apellido *	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento (mes-día-año)	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Calle *	Apt #		Teléfono ()	Celular ()
Ciudad *	Condado	Estado		Código postal
Número de Seguro Social *	Nombre del empleador	Dirección del empleador		Fecha de contratación
Idioma preferido para comunicaciones de cuidados de salud *			Correo electrónico	
<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro:				

Sección 2: Elija Su Cobertura

Acuerdo de Arbitración para el Plan de Salud de la Fundación Kaiser:

Entiendo que (con excepción de los casos del tribunal para reclamaciones menores, las reclamaciones sujetas a los procedimientos de apelaciones de Medicare o a las regulaciones del procedimiento de reclamaciones de ERISA [Employee Retirement and Income Security Act, Ley de Seguridad de 1974 sobre los Ingresos de los Empleados Retirados] y cualquier otra reclamación que no pueda someterse a arbitraje obligatorio según las leyes vigentes) toda disputa entre mi persona, mis herederos, familiares u otras partes asociadas, por un lado y, por otro lado, Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP), cualquier proveedor de atención médica contratado, administradores u otras partes asociadas contratados, por la supuesta violación de cualquier deber que se presente o esté relacionado con la membresía en KFHP, incluida toda reclamación por negligencia médica o del hospital (una reclamación que indica que un servicio médico era innecesario o no estaba autorizado, o bien que se prestó de forma incorrecta, negligente o incompleta), por responsabilidad civil de las instalaciones, o relativos a la cobertura o prestación de servicios o artículos, sin tomar en cuenta la teoría legal, deben decidirse a través de un arbitraje obligatorio, según la ley de California y no por medio de una demanda o recurso a un proceso judicial, excepto cuando la ley vigente indique una revisión judicial de la actuación arbitral. Acepto renunciar a nuestro derecho a un juicio con jurado y acepto el uso del arbitraje obligatorio. Entiendo que el folleto Evidencia de Cobertura incluye todas las disposiciones del arbitraje.

Firma _____ Fecha _____

Sección 3: Elija Su Plan Dental

Coloque una marca de cheque o palomita (✓) un casillero a continuación para seleccionar el proveedor que desea. Usted debe elegir Cobertura Médica para poder seleccionar Cobertura Dental.

LIBERTY Dental Plan DHMO

LIBERTY Dental Plan PPO

UHH Los Angeles Dental Center

Sección 4: Renuncie a la Cobertura de UNITE HERE HEALTH

Usted sólo puede renunciar a la cobertura bajo el Plan de Long Beach/Condado de Orange si puede presentar prueba de otra cobertura de cuidados de salud. Presente la prueba de otra cobertura junto con este formulario.

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

Al marcar este casillero e introducir firma y fecha en la Sección 6, entiendo que estoy renunciando a mi derecho a los beneficios ofrecidos bajo el Plan 278 y **NO TENDRÉ COBERTURA** bajo UNITE HERE HEALTH.

Nombre _____ Número de Seguro Social _____

Sección 5: Autorización de Descuento de Salario de la Contribución Mensual del Empleado para el Seguro Médico

Al firmar la Sección 6, entiendo que yo autorizo e indico a _____ (Imprima el nombre de empleador encima), mi empleador, a deducir de mi sueldo la contribución requerida para la cobertura y que pague dicha contribución a UNITE HERE HEALTH.

Sección 6: Firma Requerida

Por la presente certifico que las declaraciones que figuran en el presente son verdaderas y completas a mi mejor saber y entender, y comprendo que su validez es una de las condiciones de cobertura.

Nombre en impronta _____

Firma _____ Fecha _____

Aviso sobre los derechos de inscripción

Si usted está renunciando totalmente a la inscripción de cobertura del cuidado de salud bajo la Unidad del Plan 278 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 en la Unidad del Plan 278 cuando pierdan la elegibilidad para la cobertura bajo el otro Plan.

Si su rechazo de inscripción no está relacionado a otra cobertura de cuidados de salud de grupo o individual, usted también podría solicitar inscripción en el Plan 278 cuando:

- Usted adquiere un dependiente como resultado de un matrimonio, nacimiento de un hijo, adopción, colocación para adopción, o un niño de un país extranjero viene a vivir con usted;
- Usted o un dependiente pierden elegibilidad para beneficios de Medicaid o Seguro de Salud de Hijos; o
- Usted o un dependiente obtienen elegibilidad para asistencia financiera estatal bajo Medicaid o un Programa de Seguro de Salud de Hijos para ayudarle a pagar el costo de la Cobertura del UNITE HERE HEALTH.

La petición de inscripción especial debe de ocurrir dentro de 60 días después que ocurra el evento aplicable.

Envíe este formulario completo a:

UNITE HERE HEALTH, P.O. BOX 6557, Aurora, IL 60598-0557

Fax: (630) 236-4392 ● TTY: (855) 844-5262 ● www.uhh.org

UHH Notes

Llámenos para obtener respuestas a todas sus preguntas: (855) 844-5262