

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 <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Other:			Email	

Section 2: Dependent Information

Spouse

Last Name	First Name	Gender <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date of Birth	Social Security #
Is person employed? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	If yes, what is the employer name and address?	Does person have other insurance? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	If yes, what is the carrier name?	What is the policy #?

Children – Use another form or other paper for more dependents.

Last Name	First Name	Gender	Date of Birth	Social Security #	Please complete if child has other insurance
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			Carrier Policy # Type
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			Carrier Policy # Type
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			Carrier Policy # Type
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			Carrier Policy # Type
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			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.

Section 3: Sign Below

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 Name _____

Signature _____

Date _____

Return this completed form to:

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 <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro:			Correo electrónico	

Sección 2: Información de Dependientes

Cónyuge

Apellido	Primer nombre	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento (mes-día-año)	Número de Seguro Social
¿Esta empleada la persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si su respuesta es afirmativa, ¿Cómo se llama y cual es la dirección del empleador?	¿Tiene la persona otro seguro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si su respuesta es afirmativa, ¿Cómo se llama el proveedor?	¿Cuál es el número de la póliza?

Hijos *Para añadir más dependientes use otro formulario u otra hoja de papel.*

Apellido	Primer nombre	Sexo	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social	¿Tiene el niño otro seguro?
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			Compañía de seguro No. de póliza Tipo
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			Compañía de seguro No. de póliza Tipo
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			Compañía de seguro No. de póliza Tipo
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			Compañía de seguro No. de póliza Tipo
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			Compañía de seguro No. de póliza Tipo

Otra información necesaria para los nuevos dependientes: Además de completar el formulario, usted también debe proporcionar una copia de uno de los documentos se enumeran a continuación para verificar la condición de dependiente de una persona con fines de beneficio. Si se inscribe a su hijo, el documento que usted proporciona debe contener los nombres de los padres del niño.

- Certificado de matrimonio (para su cónyuge)
- Certificado de nacimiento (para sus hijos)
- En ciertas circunstancias, UNITE HERE HEALTH acepta otros documentos de identificación. Llame a la oficina regional para obtener 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.

Sección 3: Firme aquí

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 en imprenta _____

Firma del participante _____

Fecha _____

Devuelva este formulario completo a