

# Dependent Enrollment Form

## Section I: 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
City	County	State	Zip	
Social Security Number	Employer Name	Employer Address		Hire Date
Language Preference for Health Care Information <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish Other: _____			Email	

## Section II: Dependent Information

You must provide all information requested below for each dependent

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	Employer name and address	Other Insurance? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Carrier Name	Policy #

Children					
Use another form or other paper for additional names					
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
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			Policy #
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			Type
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			Carrier
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			Policy #
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			Type
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			Carrier
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			Policy #
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			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 name of at least one of the child's parents. If your name is not the parent's name listed on the proof document, you must be able to show your relationship to the child. Dependent coverage will not begin, and **benefit claims for your dependents cannot be paid, until we receive the required documentation.**

- 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

## Section III: Signature

<p>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.</p> <p>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.</p>	<p>I also 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 selected.</p> <p>Print Name _____</p> <p>Participant Signature _____</p> <p>Date _____</p>
---	---

# Formulario de Inscripción de Dependientes

## Sección I: Información sobre el empleado

Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento (mes-día-año)	Sexo Masculino    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 Inglés                      Español                      Otro:			Email	

## Sección II: Información de Dependientes

Debe proporcionar todos los datos que se piden en seguida para cada dependiente

Cónyuge				
Apellido	Primer nombre	Sexo M    F	Fecha de nacimiento	# Seguro Social
¿Esta empleada la persona? Sí    No	Nombre y dirección del empleador	Otra cobertura de seguro? Sí    No	Nombre de la compañía de seguro	Número de póliza

Hijos						Use otro formulario u otro papel para nombres adicionales		
Apellido	Primer nombre	Sexo M    F	Fecha de nacimiento	# Seguro Social	Completa si el dependiente tiene otro seguro			
					Aseguradora			
					No. de póliza			
					Tipo			
					Aseguradora			
					No. de póliza			
					Tipo			
					Aseguradora			
					No. de póliza			
					Tipo			
					Aseguradora			
					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 está inscribiendo a su hijo(a), el documento que proporcione debe contener el nombre de al menos uno de los padres del niño(a). Si su nombre no es el nombre del padre o madre que aparece en el documento de prueba, usted deberá ser capaz de mostrar su relación con el niño(a). 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 matrimonio
- Acta de nacimiento
- Copias de ordenes judiciales que obliguen al empleado a prestar beneficios médicos a un dependiente menor

## Sección III: Firma

<p>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.</p> <p>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.</p>	<p>Además, autorizo a mi empleador para que deduzca de mi sueldo el monto total que tengo la obligación de contribuir según el costo que implica que me proporcionen la cantidad de cobertura que he seleccionado.</p> <p>Nombre en imprenta _____</p> <p>Firma del participante _____</p> <p>Fecha _____</p>
---	---