

INFORMACIÓN DEL CENSO DEL FONDO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES DE CONNECTICUT

INSTRUCCIONES: Complete el formulario para usted y sus dependientes elegibles y asegúrese de enviar los documentos requeridos. Una vez completado, firme y feche la parte inferior del formulario.

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO:

Nombre: _____ SS#: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Tel:() _____ Cel:() _____ Email: _____ Sindicato Local: _____
Estado Civil: Casado Divorciado Viudo Soltero (Nunca Casado) Legalmente Separado

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE

IMPORTANTE: Por favor, proporcione el certificado de Nacimiento del Cónyuge (Forma Larga) & Certificado de Matrimonio

Nombre del Cónyuge: _____ SS#: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Fecha de Matrimonio _____ Nombre del empleador del cónyuge: _____
Dirección del Empleador del Cónyuge: _____
¿Su cónyuge tiene cobertura de seguro de salud a través del empleo? Sí No
En caso afirmativo, proporcione el nombre del Seguro de Salud de su cónyuge: _____
Por favor, marque todas las opciones de cobertura que apliquen: Médico Dental Medicamentos Visión
Nombre, Dirección y Número de teléfono del plan de su cónyuge: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL HIJO DEPENDIENTE ELEGIBLE

IMPORTANTE: Por favor proporcione el certificado de Nacimiento de su dependiente (Forma Larga)

Nombre del Hijo: _____ SS#: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Relación: Hijo Natural Hijo Adoptado Hijastro
¿Su hijo tiene seguro de salud a través de su empleo o a través de otra persona? Sí No
En caso afirmativo, favor de proveer detalles, ejemplo; mediante quién tiene cobertura, nombre, dirección y número de teléfono del otro Plan, etc. _____

INFORMACIÓN SOBRE EL HIJO DEPENDIENTE ELEGIBLE

IMPORTANTE: Por favor proporcione el certificado de Nacimiento de su dependiente (Forma Larga)

Nombre del Hijo: _____ SS#: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Relación: Hijo Natural Hijo Adoptado Hijastro
¿Su hijo tiene seguro de salud a través de su empleo o a través de otra persona? Sí No
En caso afirmativo, favor de proveer detalles, ejemplo; mediante quién tiene cobertura, nombre, dirección y número de teléfono del otro Plan, etc. _____

Por la presente confirmo que la información proporcionada es precisa y completa. Entiendo que se confiará en la información proporcionada para determinar la elegibilidad para los beneficios y procesar las solicitudes de beneficios.

Firma

Fecha