

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	Email
Social Security # - -	Employer Name	Employer Address	Hire Date	
Language Preference for Healthcare Communications <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> French <input type="checkbox"/> Cantonese <input type="checkbox"/> Other:			Delivery Preference for Healthcare Communications <input type="checkbox"/> Mail <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Other:	

Section 2: Dependent Information

<input type="checkbox"/> Spouse		<i>You must provide all information requested below for each dependent.</i>			
Last Name	First Name	Gender <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date of Birth	Social Security #	Please complete if spouse has other insurance
					Carrier
					Policy #
					Type
Is person employed? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Employer name and address				

Children *Use another form or other paper for additional names.*

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

- 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.

Call UNITE HERE HEALTH 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: Signature

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
UNITE HERE HEALTH, P.O. Box 6557, Aurora, IL, 60598-0557
(844) 267-HEALTH • Fax: (630) 236-4392

Formulario de Inscripción

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	Correo electrónico
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"/> Francés <input type="checkbox"/> Cantonés <input type="checkbox"/> Otro:		Forma de entrega preferida para comunicaciones de salud <input type="checkbox"/> Correo postal <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Texto		

Sección 2: Información de Dependientes

<input type="checkbox"/> Cónyuge		<i>Debe proporcionar todos los datos que se piden en seguida para cada dependiente.</i>			
Apellido	Primer nombre	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento (mes-día-año)	No. Seguro Social	Por favor completar su cónyuge tiene otra cobertura médica Compañía de seguro No. de póliza Tipo
¿Esta empleada la persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre y Dirección del Empleador				
Hijo(s) Use otro formulario u otro papel para nombres adicionales.					
Apellido	Primer nombre	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento (mes-día-año)	No. Seguro Social	Por favor completar si el hijo o hija tiene otra cobertura médica 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 está inscribiendo a su hijo(a), el documento que proporcione debe de 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).

- 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.

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: Firma

Entiendo que inscribir intencionalmente 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 mío, 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 _____

受赡养者注册表

第 1 节：员工信息

姓氏	名字	中间名	出生日期 (年-月-日)	性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
街道	门牌号	电话 ()	手机 ()	
城市	郡	州	邮政编码	电子邮件
社会安全号码#	雇主名称	雇主地址	雇用日期	
医疗沟通首选语言 <input type="checkbox"/> 英语 <input type="checkbox"/> 西班牙语 <input type="checkbox"/> 法语 <input type="checkbox"/> 粤语 <input type="checkbox"/> 其他:		医疗沟通首选交付方式 <input type="checkbox"/> 邮寄 <input type="checkbox"/> 电子邮件 <input type="checkbox"/> 其他:		

第 2 节：受赡养者信息

<input type="checkbox"/> 配偶		您必须为每个受赡养者提供以下要求的所有信息。			
姓氏	名字	性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	社会安全号码#	请填写配偶是否拥有其他保险 承运商 政策编号# 类型
是否就业? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	雇主名称和地址				

子女 若还有其他子女请将其他子女信息填写在另一张表格或纸上。

姓氏	名字	性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	社会安全号码#	请填写子女是否拥有其他保险 承运商 政策编号# 类型
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			承运商 政策编号# 类型
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			承运商 政策编号# 类型
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			承运商 政策编号# 类型

新受赡养者需要的其他信息：除了填写完的本注册表，您还必须提供下列文件中任一文件的副本以证明受赡养者状态，用于福利用途。如果您为子女注册，提供的文件必须包含子女至少一名家长的姓名。如果您的姓名不是证明文件中列出的家长姓名，必须能够证明您与子女的关系。

- 结婚证明（用于您的配偶）
- 出生证明（用于您的子女）
- 在一些情况下，UNITE HERE HEALTH 接受其他身份文件。请致电地区办公室了解更多信息。

致电 UNITE HERE HEALTH 了解更多信息。在我们收到所需文件前，受赡养者承保将不会开始，受赡养者的福利要求也无法支付。

第 3 节：签字

我了解，故意注册不符合 UNITE HERE HEALTH 受赡养者注册标准的人可能导致本人的承保暂停或终止，如果我将不合格的人注册为我的受赡养者，我将对 UNITE HERE HEALTH 为此人支付的任何福利或保费向 UNITE HERE HEALTH 负责。	印刷体姓名 _____
我据此证明以上列出的受赡养者满足 UNITE HERE HEALTH 受赡养者注册标准，我在本注册表中提供的信息真实可信。	签字 _____
	日期 _____

将填写完的表格交还至
UNITE HERE HEALTH, P.O. Box 6557, Aurora, IL 60598-0557
(844) 267-HEALTH • 传真: (630) 236-4392