



Retiree Self-Pay Dental Program ENROLLMENT FORM

130 South Alvarado Street, 2nd Floor • Los Angeles, CA 90057 • (213) 484-8480 • www.uhh.org

You must enroll yourself and your covered dependents in the Retiree Dental Program within 90 days of qualifying for retirement or within 90 days of losing eligibility for Dental Benefits, whichever is later. If you fail to do so, you will not be able to enroll in the future.

Members retiring from work who were eligible for dental benefits immediately prior to qualifying for retirement may apply to participate in the Retiree Self-Pay Dental Program to **continue** dental coverage for themselves and their dependents.

Dental Services are provided only at the Los Angeles Dental Center located at 130 South Alvarado Street, 1st Floor, Los Angeles, CA 90057.

TO BE COMPLETED BY RETIREE:

Name _____ Date _____
 Social Security No. _____ Telephone _____
 Street Address _____ City/State/Zip _____

Please enroll me and my dependents (spouse and/or unmarried children under age 26 and currently eligible for Dental Benefits) in the Retiree Dental Program as indicated below (check appropriate box and submit corresponding payment). Payments are due quarterly, by December 15, March 15, June 15, and September 15.

Number in Family

- Retiree only (without dependents)
- Retiree with one dependent
- Retiree with two or more dependents

Quarterly Rates *(Make checks payable to UNITE HERE HEALTH)*

- \$153.87 (\$51.29 per month)
- \$299.28 (\$99.76 per month)
- \$432.09 (\$144.03 per month)

My dependents (if any) are:

	Dependent Name	Date of Birth	FOR OFFICE USE
Spouse			
Child			
Child			

Signature _____ **Date** _____

FOR LA FUND OFFICE USE ONLY

Check/M.O. No. _____ Amt. \$ _____ Cash \$ _____
 Date Received _____ By _____
 Entered MAS90: Invoice No. _____ Date _____ By _____
 Dental Elig. Term Date _____ Ret. Eff. Date _____ Date Appvd _____
 Date Enroll Form Mailed/Given to Retiree _____ By _____

130 South Alvarado Street, 2nd Floor • Los Angeles, CA 90057 • (213) 484-8480 • www.uhh.org

Usted debe inscribirse a si mismo e inscribir a sus dependientes cubiertos en el Programa Dental para Jubilados dentro de los 90 días siguientes a la fecha en que adquiere elegibilidad para jubilarse o dentro de los 90 días siguientes a la fecha en que pierde la elegibilidad para Beneficios Dentales, lo que ocurra último. Si no lo hace, no podrá inscribirse en el futuro.

Los miembros que se jubilen y que eran elegibles para beneficios dentales inmediatamente antes de calificar para la jubilación podrán presentar una solicitud de inscripción al Programa de Pago por Cuenta Propia para Jubilados para **continuar** la cobertura dental para ellos mismos y para sus dependientes.

Los Servicios Dentales se prestan únicamente en el Centro Dental de Los Ángeles, ubicado en 130 South Alvarado Street, piso 1, Los Ángeles, CA 90057.

SECCIÓN A COMPLETAR POR EL JUBILADO:

Nombre _____ Fecha _____

Seguro Social N° _____ Teléfono _____

Dirección _____ Ciudad/Estado/Código postal _____

Solicito que se nos inscriba a mí y a mis dependientes (cónyuge y/o hijos solteros menores de 26 años y actualmente elegibles para Beneficios Dentales) en el Programa Dental para Jubilados tal como se indica a continuación (marque el casillero que corresponda y realice el pago indicado). Los pagos se deben realizar trimestralmente, y vencen el 15 de diciembre, el 15 de marzo, el 15 de junio y el 15 de septiembre.

Cantidad de familiares

- Jubilado solamente (sin dependientes)
- Jubilado y un dependiente
- Jubilado y dos o más dependientes

Tarifas trimestrales

(Pagar con cheques a nombre de UNITE HERE HEALTH)

- \$153.87 (\$51.29 por mes)
- \$299.28 (\$99.76 por mes)
- \$432.09 (\$144.03 por mes)

Mis dependientes (si corresponde) son:

	Nombre del dependiente	Fecha de nacimiento	PARA USO OFICIAL
Cónyuge			
Hijo/a			
Hijo/a			

Firma _____ Fecha _____

PARA USO DE LA OFICINA DEL FONDO DE LA SOLAMENTE Cheque/M.O. N° _____ Monto \$ _____ Efectivo \$ _____
 Fecha de recepción _____ Por _____
 Ingresado MAS90: Factura N° _____ Fecha _____ Por _____
 Plazo de elegib. dental _____ Fecha de jubilación _____ Fecha de aprobación _____
 Fecha de envío/entrega de formulario de inscripción a jubilado _____ Por _____