

Voluntary Termination of Dependent Coverage

<p>Fill out completely to prevent delay</p>	<p>Submit form: Fax: (630) 236-4392 Email: docs@uhh.org Mail: UNITE HERE HEALTH, P. O. Box 6557, Aurora, IL 60598-0557</p>	<p>For help, call: The UHH/member number on the back of your medical ID card Or, if you have Kaiser or Tufts Health Plan medical, call UHH at:</p> <ul style="list-style-type: none"> • (833) 637-3519 (DC/Baltimore area) • (855) 484-8480 (LA/OC area) • (844) 267-4325 (Boston area)
--	---	---

With this form you can:

- Disenroll a dependent child *(except for a child whose coverage is required by a Qualified Medical Child Support Order)*.
- Disenroll a spouse.

1: Employee Information

Last Name ▼	First	Middle	Date of Birth (mm/dd/yy)	SS# or Member ID #
Street ▼	Apt #		Telephone ()	Gender <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
City ▼	County	State	Zip	
Language Preference for Healthcare Communications ▼			Email	
<input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Other:				

2: Dependent(s) to be removed from coverage

Last name, First name	Gender	Date of Birth (mm/dd/yy)	Relationship	Reason for removal (Choose one)
	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female			A = My dependent became eligible for other employer coverage or Medicaid B = My dependent currently requires services that the Plan does not cover C = My dependent moved away from the coverage area D = Other <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D
	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female			<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D
	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female			<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D
	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female			<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D

To find out the last date of coverage for a disenrolled dependent(s) and when reenrollment is possible, see the Signatures section of this form. Your Summary Plan Description or the "For help" box at the top of this form are other places you can get information.

Turn over to complete the form.

3: Disenrollment and re-enrollment rules

- I understand that my disenrolled dependents will lose all types of coverage they currently have in my Plan (which could include medical, dental, vision, life insurance and/or short-term disability insurance).
- I understand that coverage for my disenrolled dependent will end the last day of the month during which the Fund accepted my request.
- I understand the reenrollment restrictions are:
 - I can reenroll my disenrolled dependents at an open enrollment (or, if my Plan does not have open enrollment, on the first day of the 4th month following the date the Fund approves my reenrollment request).
 - I can also reenroll my disenrolled dependents if I have a Special Enrollment right, which can happen when there is a new marriage, childbirth, adoption or placement for adoption, or when my spouse or dependent loses other health coverage. I can find more information on Special Enrollment rights, in my Summary Plan Description or call the telephone number in the "For Help" box at the top of this form.

4: Sign this form

You must sign in the presence of either (1) an authorized individual or (2) other witness (see below)

I certify that the above information is true and complete to the best of my knowledge.

Employee Signature _____

If I am disenrolling my spouse and we are still married, my spouse must sign here _____

Witness Certification

I certify this document was signed in my presence and that I am:

(Choose one)

An authorized individual
(Fund staff, Union staff or Employer staff)

At least 18 years old; I know the Employee and/or Spouse *(if Spouse signature required)*
and am not related to the Employee

Witness Signature _____

Witness Printed Name _____ Date _____

For Staff Use Only

- The employee authorized a UNITE HERE HEALTH Representative to complete this form on his/her behalf,
- The employee agreed to the disenrollment and the re-enrollment rules, and
- If employee is disenrolling a spouse, employee stated his/her spouse is aware of the disenrollment.

If yes, HRT Representative Name _____ Date _____

<p>Llene completamente para evitar retrasos</p>	<p>Envíe el formulario: Fax: (630) 236-4392 Correo electrónico: docs@uhh.org Correo: UNITE HERE HEALTH, P. O. Box 6557, Aurora, IL 60598-0557</p>	<p>Para obtener ayuda, llame al: El número de membresía/de UHH en la parte posterior de su tarjeta de identificación médica O, si tiene cobertura médica de Kaiser, llame al:</p> <ul style="list-style-type: none"> • (833) 637-3519 (área de Baltimore/D.C.) • (855) 484-8480 (área de L.A./OC) • (844) 267-4325 (área de Boston)
--	---	---

Con este formulario, puede:

- Cancelar la inscripción de un hijo dependiente (*a excepción de un niño cuya cobertura es requerida por una Orden de Apoyo Médico Calificado Infantil*).
- Cancelar la inscripción de un esposo.

1: Información del empleado

Apellido ▼	Primer nombre	Segundo Nombre	Fecha de nacimiento (mes-día-año)	Número de seguro social
Calle ▼	Apt #	Teléfono ()	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Ciudad ▼	Condado	Estado	Código postal	
Idioma preferido para comunicaciones de cuidados de salud ▼ <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro:			Correo electrónico	

2: Dependiente(s) que se eliminarán de la cobertura

Primer nombre, apellido	Sexo	Fecha de nacimiento (mes-día-año)	Relación	Motivo de la eliminación (elijá uno) <i>A = Mi dependiente se volvió elegible para otra cobertura del empleador o Medicaid</i> <i>B = Mi dependiente actualmente requiere servicios que el Plan no cubre</i> <i>C = Mi dependiente se alejó del área de cobertura</i> <i>D = Otro</i>
	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D
	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D
	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D
	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D

Para conocer la última fecha de cobertura de un dependiente cancelado y cuando sea posible la reinscripción, consulte la sección Firmas de este formulario. Su Descripción Resumida del Plan o el cuadro "Para obtener ayuda" en la parte superior de este formulario son otros lugares donde puede obtener información.

Dele la vuelta para completar el formulario.

3: Reglas de desafiliación y reinscripción

- Entiendo que mis dependientes dados de baja perderán todos los tipos de cobertura que actualmente tienen en mi Plan (que podrán incluir seguro médico, dental, la vista, de vida y/o de incapacidad a corto plazo).
- Entiendo que la cobertura de mi dependiente cancelado terminará el último día del mes durante el cual el Fondo aceptó mi solicitud.
- Entiendo que las restricciones de la reinscripción son:
 - Puedo volver a inscribir a mis dependientes cancelados en una inscripción abierta (o, si mi Plan no tiene inscripción abierta, el primer día del cuarto mes posterior a la fecha en que el Fondo aprueba mi solicitud de nueva inscripción).
 - También puedo volver a inscribir a mis dependientes dados de baja si tengo un derecho de Inscripción Especial, que puede suceder cuando hay un nuevo matrimonio, parto, adopción o colocación para adopción, o cuando mi esposo o dependiente pierde otra cobertura de salud. Puedo encontrar más información sobre los derechos de inscripción especial en mi Descripción Resumida del Plan o llamar al número de teléfono en el recuadro "Para obtener ayuda" en la parte superior de este formulario.

4: Firme este formulario

Debe firmar en presencia de (1) un individuo autorizado o (2) otro testigo (véase más abajo)

Certifico que la información anterior es verdadera y completa según mi leal saber y entender.

Firma de empleado _____

Si cancelo la inscripción de mi esposo y aún estamos casados, mi esposo debe firmar aquí _____

Certificación de testigo

Certifico que este documento fue firmado en mi presencia y que soy:

(Elija uno)

- Un individuo autorizado (personal del Fondo, personal de la Unión o personal del empleador)
- Tengo por lo menos 18 años de edad; conozco al empleado y/o esposo (si se requiere firma del esposo) y no estoy relacionado con el empleado

Firma de testigo _____

Nombre en imprenta del testigo _____ Fecha _____

For Staff Use Only

- The employee authorized a UNITE HERE HEALTH Representative to complete this form on his/her behalf,
- The employee agreed to the disenrollment and the re-enrollment rules, and
- If employee is disenrolling a spouse, employee stated his/her spouse is aware of the disenrollment.

If yes, HRT Representative Name _____ Date _____