



Retiree Self-Pay Dental Program

ENROLLMENT FORM

P.O. Box 6020, Aurora, IL 60598 • (213) 484-8480 • www.uhh.org

You must apply for the Retiree Dental Program no later than 90 days following the date you lose eligibility for Dental Benefits as an active employee. 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 retirement may apply to participate in the Retiree Self-Pay Dental Program to **continue** dental coverage for themselves and their dependents.

You must visit your selected or assigned dentist (listed on your ID card letter) in order to receive benefits. Change your assigned dentist at any time by calling Delta Dental at (800) 422-4234.

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 children 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)*

- \$50.52 (\$16.84 per month)
- \$96.63 (\$32.21 per month)
- \$165.15 (\$55.05 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 _____ |

P.O. Box 6020, Aurora, IL 60598 • (213) 484-8480 • www.uhh.org

Debe solicitar el Programa dental para jubilados a más tardar 90 días después de la fecha en que pierde la elegibilidad para los beneficios dentales como empleado activo. Si no lo hace, no podrá inscribirse en el futuro.

Los miembros que se jubilan del trabajo y que eran elegibles para los beneficios dentales inmediatamente antes de la jubilación pueden solicitar participar en el Programa dental de autopago para jubilados para **continuar** con la cobertura dental para ellos y sus dependientes.

Usted debe visitar a su dentista seleccionado o asignado (listado en la carta de su tarjeta de identificación) para recibir beneficios. Cambie su dentista asignado en cualquier momento llamando a Delta Dental a (800) 422-4234.

SECCIÓN A COMPLETAR POR EL JUBILADO:

Nombre _____ Fecha _____

Seguro Social Nº _____ Teléfono _____

Dirección _____ Ciudad/Estado/Código postal _____

Por favor inscríbame a mí y a mis dependientes (cónyuge y/o hijos actualmente elegibles para Beneficios dentales) en el Programa dental para jubilados como se indica a continuación (marque la casilla correspondiente y envíe el pago correspondiente). 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)

- \$50.52 (\$16.84 por mes)
- \$96.63 (\$32.21 por mes)
- \$165.15 (\$55.05 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. Nº _____ Monto\$ _____ Efectivo \$ _____
 Fecha de recepción _____ Por _____
 Ingresado MAS90: Factura Nº _____ Fecha _____ Por _____
 Plazo de elegib. dental _____ Fecha de jubilación _____ Fecha de aprobación _____
 Fecha de envío/entrega de formulario de inscripción a jubilado _____ Por _____