

1: Employee Information

Last Name	First	Middle	Date of Birth (month-day-year)	Gender ☐ Male ☐ Female
Street		Apt #	Home Phone ()	Cell Phone ()
City	County	State		Zip
Social Security # - -	Employer Name	Employer Address	Hire Date	
Language Preference for Healthcare Communications ☐ English ☐ Spanish ☐ Other:		Email		

2: Dependent Information

You must provide all information requested below for each dependent.

☐ Spouse ☐ If you are enrolled in the HMO: Domestic Partner

Last Name	First Name	Gender ☐ M ☐ F	Date of Birth	Social Security #
Is person employed? ☐ Yes ☐ No	Employer name and address	Other insurance? ☐ Yes ☐ No	Carrier Name	Policy #

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

Last Name	First Name	Gender	Date of Birth	Social Security #	Please complete if child has other insurance
		☐ M ☐ F			Carrier
					Policy #
					Type
		☐ M ☐ F			Carrier
					Policy #
					Type
		☐ M ☐ F			Carrier
					Policy #
					Type
		☐ M ☐ F			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.

- 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.

If you are enrolled in an HMO, and you are enrolling your domestic partner, a copy of the Declaration of Domestic Partnership from the state of California must be provided. 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. If you are enrolling your grandchild, a copy of your child's and your grandchild's birth certificate must be provided, as well as a copy of your most recent Federal Income Tax return showing you are claiming the grandchild as a dependent.

Dependent Coverage will not begin, and benefit claims for your dependents cannot be paid, until we receive the required documentation.

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, PO Box 5348, Oak Brook, IL 60522-5348 • (213) 484-8480

1: Información sobre el empleado

Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento (mes-día-año)	Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino
Calle	Apt #	Teléfono ()	Celular ()	
Ciudad	Condado	Estado	Código Postal	
Número de Seguro Social - -	Nombre del empleador	Dirección del empleador	Fecha de contratación	
Idioma preferido para comunicaciones de cuidados de salud ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro:		Correo electrónico		

2: Información de Dependientes

Debe proporcionar todos los datos que se piden en seguida para cada dependiente.

☐ Cónyuge ☐ Si usted está inscrito en la HMO: Pareja Doméstica

Apellido	Primer nombre	Sexo ☐ M ☐ F	Fecha de nacimiento	# Seguro Social
¿Esta empleada la persona? ☐ Sí ☐ No	Nombre y dirección del empleador	¿Otra cobertura de seguro? ☐ Sí ☐ No	Nombre de la compañía de seguro	Número de póliza

Hijos Use otro formulario u otro papel para nombres adicionales.

Apellido	Primer nombre	Sexo	Fecha de nacimiento	# Seguro Social	Por favor completar si el hijo o hija tiene otra cobertura médica
		☐ M ☐ F			Compañía de seguro No. de póliza Tipo
		☐ M ☐ F			Compañía de seguro No. de póliza Tipo
		☐ M ☐ F			Compañía de seguro No. de póliza Tipo
		☐ M ☐ F			Compañía de seguro No. de póliza Tipo
		☐ M ☐ 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.

- Certificado de matrimonio (para su cónyuge)
- En ciertas circunstancias, UNITE HERE HEALTH acepta otros documentos de identificación. Llame a la oficina regional para obtener más información.
- Certificado de nacimiento (para sus hijos)

Si usted está inscrito en la HMO, y si está inscribiendo a su pareja doméstica, se debe proporcionar una copia de la Declaración de Pareja Doméstica del estado de California. 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). Para inscribir a un nieto debe entregar una copia de los certificados de nacimiento de su hijo y su nieto, además de una copia de su última declaración de impuestos federales a las ganancias.

La cobertura de dependientes no comenzará, los reclamos por sus hijos o hijas dependientes no se pueden pagar, hasta que recibamos la documentación requerida.

3: Firma

Entiendo que inscribir intencionadamente 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 mio, 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 _____