

## 1: Employee information

|                                                                                                                                                          |               |                    |                                |                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Last Name ▾                                                                                                                                              | First         | Middle             | Date of Birth (month-day-year) | Gender<br><input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female |
| Street ▾                                                                                                                                                 | Apt #         | Telephone<br>(   ) | Cell Phone<br>(   )            |                                                                         |
| City ▾                                                                                                                                                   | County        | State              | Zip                            |                                                                         |
| Social Security # ▾<br>- -                                                                                                                               | Employer Name | Employer Address   | Hire Date                      |                                                                         |
| Language Preference for Healthcare Communications ▾<br><input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Other: |               |                    | Email                          |                                                                         |

## 2: Select your coverage

Mark ( ☐ ) the box below to choose the coverage you want.

- |                                                                                   |                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kaiser+ (Kaiser Permanente Deductible Plan) & Dental+    | \$25 monthly employee contribution |
| <input type="checkbox"/> Kaiser2+ (Kaiser Permanente Traditional Plan) & Dental2+ | \$50 monthly employee contribution |

Please sign the Kaiser Arbitration Agreement below to sign up for medical coverage.

### **KAISER FOUNDATION HEALTH PLAN ARBITRATION AGREEMENT**

**I understand that (except for Small Claims Court cases, claims subject to a Medicare appeals procedure or the ERISA claims procedure regulation, and any other claims that cannot be subject to binding arbitration under governing law) any dispute between myself, my heirs, relatives, or other associated parties on the one hand and Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP), any contracted health care providers, administrators, or other associated parties on the other hand, for alleged violation of any duty arising out of or related to membership in KFHP, including any claim for medical or hospital malpractice (a claim that medical services were unnecessary or unauthorized or were improperly, negligently, or incompetently rendered), for premises liability, or relating to the coverage for, or delivery of, services or items, irrespective of legal theory, must be decided by binding arbitration under California law and not by lawsuit or resort to court process, except as applicable law provides for judicial review of arbitration proceedings. I agree to give up our right to a jury trial and accept the use of binding arbitration. I understand that the full arbitration provision is contained in the Evidence of Coverage.**

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
*Signature required for Kaiser Permanente plan*

## 3: Paycheck deduction authorization for monthly employee contribution for health coverage

☐ By checking this box, I authorize and direct my employer: \_\_\_\_\_ to deduct from my gross wages the monthly Employee Contribution amount for the Plan marked by me above and to pay amounts deducted to UNITE HERE HEALTH.

## 4: Required Signature

I hereby certify the statements made herein are true and complete to the best of my knowledge, and I understand that their validity is one of the conditions of coverage.

Print Name \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Return this completed form to:**

UNITE HERE HEALTH – LA Plan 178, P.O. Box 5348, Oak Brook, IL 60522-5348  
(213) 484-8480 • [www.uhh.org](http://www.uhh.org)

## 1: Información sobre el empleado

|                                                                                                                                                                |                      |                         |                                   |                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| Apellido ▾                                                                                                                                                     | Primer nombre        | Segundo nombre          | Fecha de nacimiento (mes-día-año) | Sexo<br><input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino |
| Calle ▾                                                                                                                                                        | Apt #                | Teléfono<br>(   )       | Celular<br>(   )                  |                                                                              |
| Ciudad ▾                                                                                                                                                       | Condado              | Estado                  | Código Postal                     |                                                                              |
| Número de Seguro Social ▾<br>-   -                                                                                                                             | Nombre del empleador | Dirección del empleador | Fecha de contratación             |                                                                              |
| Idioma preferido para comunicaciones de cuidados de salud ▾<br><input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: |                      |                         | Correo electrónico                |                                                                              |

## 2: Elija su cobertura

Marque con (☐) una de las casillas que aparecen en seguida para elegir la cobertura que usted desea.

- |                                                                                         |                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kaiser+ (Plan de Deducible de Kaiser Permanente) y Dental+     | Contribución de empleado de \$25 mensuales |
| <input type="checkbox"/> Kaiser2+ (Plan de Tradicional de Kaiser Permanente) y Dental2+ | Contribución de empleado de \$50 mensuales |

Favor de firmar el Acuerdo de Arbitración de Kaiser debajo para inscribirse en la cobertura médica.

### Acuerdo de Arbitración para el Plan de Salud de la Fundación Kaiser:

Entiendo que (con excepción de los casos del tribunal para reclamaciones menores, las reclamaciones sujetas a los procedimientos de apelaciones de Medicare o a las regulaciones del procedimiento de reclamaciones de ERISA [Employee Retirement and Income Security Act, Ley de Seguridad de 1974 sobre los Ingresos de los Empleados Retirados] y cualquier otra reclamación que no pueda someterse a arbitraje obligatorio según las leyes vigentes) toda disputa entre mi persona, mis herederos, familiares u otras partes asociadas, por un lado y, por otro lado, Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP), cualquier proveedor de atención médica contratado, administradores u otras partes asociadas contratados, por la supuesta violación de cualquier deber que se presente o esté relacionado con la membresía en KFHP, incluida toda reclamación por negligencia médica o del hospital (una reclamación que indica que un servicio médico era innecesario o no estaba autorizado, o bien que se prestó de forma incorrecta, negligente o incompleta), por responsabilidad civil de las instalaciones, o relativos a la cobertura o prestación de servicios o artículos, sin tomar en cuenta la teoría legal, deben decidirse a través de un arbitraje obligatorio, según la ley de California y no por medio de una demanda o recurso a un proceso judicial, excepto cuando la ley vigente indique una revisión judicial de la actuación arbitral. Acepto renunciar a nuestro derecho a un juicio con jurado y acepto el uso del arbitraje obligatorio. Entiendo que el folleto Evidencia de Cobertura incluye todas las disposiciones del arbitraje.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
*Se requiere una firma para el plan de Kaiser Permanente*

## 3: Autorización de descuento de salario de la contribución mensual del empleado

- ☐ Al marcar este casillero yo entiendo y yo autorizo a mi empleador: \_\_\_\_\_ a deducir de mi sueldo la contribución requerida para la cobertura y que pague dicha contribución a UNITE HERE HEALTH.

## 4: Firma requerida

Por la presente firma certifico que las declaraciones aquí dichas son verdaderas y completas a mi mejor saber y entiendo que su veracidad es una de las condiciones para la cobertura.

Nombre en imprenta \_\_\_\_\_

Firma del participante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_