

[FULLNAMEUPPER]
[ADDRESS] [ADDRESS2]
[CITY] [STATE] [ZIP]

Sept. 1, 2023

ACTION REQUIRED:

**Submit required documents for
ALL dependents to SISCO by
Tuesday, Oct. 31, 2023
or your dependents lose coverage!**

Dear [FIRSTNAME],

Recently, you received letters from your union's health fund—UNITE HERE HEALTH ("the Fund")—about our organization, SISCO, and the audit we are conducting to make sure only eligible dependents are using benefits.

You MUST submit required documents (birth certificate, marriage certificate, tax forms, etc.) for your dependents by Tuesday, October 31, 2023, so we can make sure your dependents are eligible for health coverage through the UNITE HERE HEALTH benefit plan.

Dependent eligibility is not always easy to understand so we are here to help. Complete this important process to avoid delays or denials of future claims for your dependents.

In this packet, you'll find:

- **Your Audit ID Code: ([PARTICIPANTID]).** – WRITE THIS NUMBER DOWN IN A SAFE PLACE.
- **Form: Health Form Plan Information Update** – MAKE SURE ALL INFORMATION IS CORRECT AND MAKE CHANGES, IF NECESSARY.
- **Document List**
 - This list shows you what documents are required to make sure your dependents are eligible. There are resources listed to help you get copies of documents if you cannot find them.
- **Sample of Tax Return** – YOU MUST SUBMIT A COPY OF YOUR TAX RETURN.

Please note: Failure to provide the required documents and complete information may result in the loss of healthcare coverage (insurance) for your dependents.

Complete these Steps:

1. Read the enclosed instructions and forms. If you need help understanding any of these materials, contact SISCO directly:

(833) 560-8255

Monday-Thursday 5am-5pm (Pacific)

Friday, 5am-2pm (Pacific)

2. **Note your unique Audit ID Code: ([PARTICIPANTID]). You will need this to submit your documents.**
3. Collect copies of all required documents listed in the **Health Form Plan Information Update**. (Do not send original birth/marriage certificates; only send copies because these documents will be shredded to protect your privacy.)
4. Complete and submit the attached **Health Form Plan Information Update** along with other applicable forms and documents to SISCO. You have 3 ways to submit the information:



- a. Take photos of documents using your smart phone and upload them securely **online** at: <https://siscoeligibility.com>

- Enter your last name, Audit ID Code, and your date of birth.
- Once you have uploaded your dependent documentation, you will receive confirmation of a successful upload.

- b. Or **fax** the form and documents to (563) 587 – 6721.

- c. Or complete the forms and **mail** in the enclosed postage paid envelope to:

ATTN: Eligibility Audit

P.O. Box 389, Dubuque, IA

52004-0389

This information you must submit is very personal, and your privacy is important. The information you submit will be used only to determine eligibility of your dependents covered on the health plan. We ask for your prompt cooperation and assure you that all documents will be scanned into our secure imaging and data center. All paper documents will be shredded. **Throughout this process, SISCO will safeguard your confidential information!**

Please Note: The documentation requirements listed are for an initial verification; if additional documentation is needed, SISCO will follow up individually.

Reminders:

All documents are due Tuesday, October 31, 2023. To make sure your documents have been submitted successfully, visit <https://siscoeligibility.com>

- Web site or Fax: allow 48 hours for processing
- Mail: allow 7-10 days for processing

The purpose of this audit is to protect the money your union and employer negotiated for healthcare expenses. When the wrong people (ineligible dependents) use Fund benefits, benefits cost more for you and everyone else.

Make sure your dependent(s) qualify for the health coverage administered by UNITE HERE HEALTH and submit all documents by Tuesday, October 31, 2023.

Please note: Failure to provide the required documents and complete information may result in the loss of healthcare coverage (insurance) for your dependents.

Best Regards,

SISCO
(833) 560-8255
Enclosures

SISCO (BENEFITS) | 833 Main Street | PO BOX 389 | Dubuque, IA 52004-0389 | (833) 560-8255 | Fax (563) 587-6721

SECTION I – EMPLOYEE INFORMATION AND COVERAGE

Name (First, MI, Last) [FULLNAMEUPPER]				Email Address	
Address (Street, City, State, Zip)				Telephone (Home and Cell)	Alternate or Preferred Number?
Marital Status	☐ Married	☐ Single	☐ Divorced	☐ Legally Separated	☐ Widow/Widower
Audit Number/Web Log-In: [PARTICIPANTID]		Employee Sex: ☐ Male ☐ Female	Employee Date of Birth	Division:	

SECTION II – DEPENDENT INFORMATION

Name (First, MI, Last)	Relationship	Social Security # <i>The collection of SSN for all dependents is required</i>	Date of Birth	Gender
Spouse (Marriage Certificate and 2022 tax return (listing filing status))	☐ Spouse			☐ M ☐ F
Dependent (Birth Certificate (listing parent's names))	☐ Natural/Adopted ☐ Step Child ☐ Foster Child ☐ Other			☐ M ☐ F
Dependent (Birth Certificate (listing parent's names))	☐ Natural/Adopted ☐ Step Child ☐ Foster Child ☐ Other			☐ M ☐ F
Dependent (Birth Certificate (listing parent's names))	☐ Natural/Adopted ☐ Step Child ☐ Foster Child ☐ Other			☐ M ☐ F
Dependent (Birth Certificate (listing parent's names))	☐ Natural/Adopted ☐ Step Child ☐ Foster Child ☐ Other			☐ M ☐ F

SECTION III – LEGAL PROVISIONS For dependents listed in section II

1) Is your spouse currently employed?	☐ Yes	☐ No	
2) Do your spouse and all enrolled children reside with you more than 6 months of the year?	☐ Yes	☐ No	If not, list who does not;
3) Does a divorce decree/court order assign responsibility for health coverage or grant tax exemption rights for any enrolled dependent? Note this responsibility/right may be assigned to you or your spouse. It may also be assigned to the ex-spouse of you or your spouse. ☐ Yes, a legal order exists with one of these parties <i>IF YES, attach a copy of the Decree or Court Order to this form</i> ☐ No order exists			

SECTION IV – SIGNATURE TO VERIFY ACCURACY

The above information is complete and true to the best of my knowledge. I understand that falsification by me will allow the Plan Administrator to recover payments made, cancel my coverage, and/or refuse payment of claims.

Employee Signature	Date
--------------------	------

Document List:

Important: SISCO will not return documents you provide. You should only send copies of any official documents you are required to submit.

Dependent	Required Documentation <i>Note: Please provide all documents listed below:</i>	Resources to Obtain Documentation
Dependent Spouse	- Marriage Certificate - The portion of your 2022 Federal Tax Return that lists your filing status. <i>See sample below. Note: you can blacken Social Security numbers and financial information as this does not relate to this audit</i>	- County office that issued original marriage certificate http://www.cdc.gov/nchs/w2w.htm www.vitalchek.com
Dependent child by birth	Birth Certificate (must include parents' names), and/or copies of any court orders, divorce decrees or other legal documents relating to custody or health coverage	- County office that issued original birth certificate - Hospital in which child was born - U.S. Department of State (for children born outside of the U.S.) http://www.cdc.gov/nchs/w2w.htm www.vitalchek.com
Step Child	- Birth certificate (must include parents' names), - Marriage certificate 2022 tax return (listing filing status)	- County office that issued original birth certificate www.vitalchek.com www.irs.gov
Dependent child related to employee	- Birth Certificate (must include parents' names), and/or copies of any court orders, divorce decrees or other legal documents relating to custody, health coverage - The portion of your 2022 Federal Tax Return that lists claimed dependents. <i>Note: you can blacken-out confidential financial information as this does not relate to this audit.</i>	- County office that issued original birth certificate - Hospital in which child was born - U.S. Department of State (for children born outside of the U.S.) http://www.cdc.gov/nchs/w2w.htm www.vitalchek.com - State Agency that issued custody/guardianship papers

Tax Form Example:

Form 1040 Department of the Treasury—Internal Revenue Service (99)

U.S. Individual Income Tax Return

OMB No. 1545-0047 IRS Use Only—Do not write or staple in this space.

For the year Jan. 1–Dec. 31, , or other tax year beginning , ending .

Your first name and initial Last name

If a joint return, spouse's first name and initial Last name

Home address (number and street). If you have a P.O. box, see instructions. Apt. no.

City, town or post office, state, and ZIP code. If you have a foreign address, also complete spaces below (see instructions).

Foreign country name Foreign province/state/county Foreign postal code

Filing Status

1 ☐ Single

2 ☐ Married filing jointly (even if only one had income)

3 ☐ Married filing separately. Enter spouse's SSN above and full name here. ▶

4 ☐ Head of household (with qualifying person). (See instructions.)

5 ☐ Qualifying widow(er) (see instructions)

Exemptions

6a ☐ Yourself. If someone can claim you as a dependent, do not check box 6a.

b ☐ Spouse

c Dependents:

(1) First name Last name (2) Dependent's social security number (3) Dependent's relationship to you (4) ☐ If child under age 17 qualifying for child tax credit (see instructions)

If more than four dependents, see instructions and check here ▶ ☐

d Total number of exemptions claimed

Boxes checked on 6a and 6b:

No. of children on 6c who:

• lived with you

• did not live with you due to divorce or separation (see instructions)

Dependents on 6c not entered above

Add numbers on lines above ▶

Who can I call for help?

SISCO
(833) 560-8255

Monday-Thursday 5am-5pm (Pacific)
Friday, 5am-2pm (Pacific)

[FULLNAMEUPPER]
[ADDRESS] [ADDRESS2]
[CITY] [STATE] [ZIP]

1 de septiembre de 2023

ACCIÓN REQUERIDA:

Presentar los documentos requeridos a SISCO de TODOS los dependientes antes del martes, 31 de octubre de 2023, o sus dependientes perderán su cobertura!

Estimado [FIRSTNAME],

Recientemente, usted recibió cartas del fondo de salud de su sindicato -UNITE HERE HEALTH ("el Fondo")- sobre nuestra organización, SISCO, y la auditoría que llevamos a cabo para asegurarnos de que solo dependientes elegibles estén inscritos para beneficios.

Usted DEBE presentar los documentos requeridos (certificado de nacimiento, certificado de matrimonio, formularios de impuestos, etc.) para sus dependientes antes del martes 31 de octubre de 2023, para que podamos asegurarnos de que sus dependientes son elegibles para la cobertura de salud a través del plan de beneficios UNITE HERE HEALTH.

La elegibilidad de los dependientes no siempre es fácil de entender, así que estamos aquí para ayudarle. Complete este importante proceso para evitar retrasos o negaciones de futuras solicitudes para sus dependientes.

En este paquete encontrará:

- **Su código de identificación de la auditoría: ([PARTICIPANTID]).** - ANOTE ESTE NÚMERO EN UN LUGAR SEGURO.
- **Formulario: Formulario de Actualización de la Información del Plan de Salud** - ASEGÚRESE DE QUE TODA LA INFORMACIÓN ES CORRECTA Y REALICE LOS CAMBIOS NECESARIOS.
- **Lista de Documentos**
 - Esta lista le indica qué documentos son necesarios para asegurarse de que sus dependientes cumplen los requisitos. Existen recursos que le ayudarán a obtener copias de los documentos si no los encuentra.
- **Ejemplo de Declaración de Impuestos** - DEBE PRESENTAR UNA COPIA DE SU DECLARACIÓN DE IMPUESTOS.

Nota: Si no provee los documentos requeridos y la información completa, puede perder la cobertura médica (seguro) de sus dependientes.

Complete estos Pasos:

5. Lea las instrucciones y los formularios adjuntos. Si necesita ayuda para entender alguno de estos materiales, contacte a SISCO directamente:

(833) 560-8255

Lunes a jueves, de 5am a 5pm (hora del Pacífico)

Viernes, de 5am a 2pm (hora del Pacífico)

6. Anote su Código Único de Identificación de Auditoría: **([PARTICIPANTID])**. **Lo necesitará para presentar sus documentos.**
7. Obtenga copias de todos los documentos requeridos listados en el **Formulario de Actualización de la Información del Plan de Salud**. (No envíe certificados de nacimiento/matrimonio originales; envíe sólo copias porque estos documentos serán destruidos para proteger su privacidad).
8. Complete y envíe a SISCO el **Formulario de Actualización de la Información del Plan de Salud** adjunto junto con otros formularios y documentos aplicables. Tiene 3 formas de presentar la información:



- a. Tome fotos de los documentos con su smartphone y súbalas por **internet** de forma segura en: <https://siscoeligibility.com>.
 - Ingrese su(s) apellido(s), el código de identificación de la auditoría y su fecha de nacimiento.
 - Una vez que haya subido la documentación del dependiente, recibirá una confirmación de que se subió correctamente.

- b. O envíe el formulario y los documentos **por fax** al (563) 587 - 6721.

- c. O complete los formularios y **envíelos por correo** en el sobre franqueado adjunto a:

ATTN: Eligibility Audit

P.O. Box 389, Dubuque, IA

52004-0389

Esta información que debe enviar es muy personal y su privacidad es importante. La información que envíe se utilizará únicamente para determinar la elegibilidad de sus dependientes cubiertos por el plan de salud. Le pedimos su pronta cooperación y le aseguramos que todos los documentos serán escaneados en nuestro centro seguro de imágenes y datos. Todos los documentos impresos serán triturados. **Durante todo este proceso, SISCO protegerá su información confidencial.**

Nota: Los requisitos de documentación listados son para una verificación inicial; si se necesita documentación adicional, SISCO hará un seguimiento individual.

Recordatorios:

Todos los documentos deben presentarse antes del martes 31 de octubre de 2023. Para asegurarse de que sus documentos se han presentado correctamente, visite <https://siscoeligibility.com>.

- Página web o fax: el plazo de tramitación es de 48 horas
- Correo: el plazo de tramitación es de 7-10 días

El objetivo de esta auditoría es proteger el dinero que su sindicato y su empresa negociaron para los gastos médicos. Cuando las personas equivocadas (dependientes que no reúnen los requisitos) utilizan los beneficios del Fondo, éstas le cuestan más a usted y a todos los demás.

Asegúrese de que su(s) dependiente(s) cumple(n) los requisitos para la cobertura médica administrada por UNITE HERE HEALTH y presente todos los documentos antes del martes 31 de octubre de 2023.

Nota: Si no provee los documentos requeridos y la información completa, puede perder la cobertura médica (seguro) de sus dependientes.

Saludos cordiales,

SISCO
(833) 560-8255
Anexos

SISCO (BENEFICIOS) | 833 Main Street | PO BOX 389 | Dubuque, IA 52004-0389 | (833) 560-8255 | Fax (563) 587-6721

SECCIÓN I - INFORMACIÓN Y COBERTURA DEL EMPLEADO					
Nombre (Nombre, Segunda Inicial, Apellido) [FULLNAMEUPPER]			Dirección de Correo Electrónico		
Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)			Teléfono (Fijo y Móvil)		¿Número Alternativo o Preferido?
Estado Civil	☐ Casado(a)	☐ Soltero(a)	☐ Divorciado(a)	☐ Legalmente Separado(a)	☐ Viudo(a)
Número de Auditoría/Inicio de Sesión Web: [PARTICIPANTID]	Sexo del Empleado: ☐ Masculino ☐ Femenino		Fecha de Nacimiento del Empleado		División:
SECCIÓN II - INFORMACIÓN SOBRE LOS DEPENDIENTES					
Nombre (Nombre, Segunda Inicial, Apellido)	Relación	Número de Seguro Social <i>Se requiere el número de Seguro Social de todos los dependientes</i>	Fecha de Nacimiento	Género	
Cónyuge (Certificado de Matrimonio y declaración de impuestos de 2022 (indicando el estado civil))	☐ Cónyuge			☐ M ☐ F	
Dependiente (Certificado de Nacimiento con los nombres de los padres)	☐ Natural/Adoptado ☐ Hijastro(a) ☐ Hijo(a) de Acogida (Foster) ☐ Otro			☐ M ☐ F	
Dependiente (Certificado de Nacimiento con los nombres de los padres)	☐ Natural/Adoptado ☐ Hijastro(a) ☐ Hijo(a) de Acogida (Foster) ☐ Otro			☐ M ☐ F	
Dependiente (Certificado de Nacimiento con los nombres de los padres)	☐ Natural/Adoptado ☐ Hijastro(a) ☐ Hijo(a) de Acogida (Foster) ☐ Otro			☐ M ☐ F	
Dependiente (Certificado de Nacimiento con los nombres de los padres)	☐ Natural/Adoptado ☐ Hijastro(a) ☐ Hijo(a) de Acogida (Foster) ☐ Otro			☐ M ☐ F	
SECCIÓN III - DISPOSICIONES JURÍDICAS Para los dependientes enumerados en la sección II					
4) ¿Trabaja actualmente su cónyuge?	☐ Sí	☐ No			
5) ¿Residen su cónyuge y todos los hijos inscritos con usted más de 6 meses al año?	☐ Sí	☐ No	Si no, indique quién no vive con usted al menos 6 meses al año;		
6) ¿Un decreto de divorcio/orden judicial asigna la responsabilidad de la cobertura médica o concede derechos de exención fiscal para cualquier dependiente inscrito? Tenga en cuenta que esta responsabilidad/derecho puede asignarse a usted o a su cónyuge. También puede asignarse a su excónyuge o a su cónyuge. ☐ Sí, existe una orden judicial para alguna de estas personas. <i>SI LA RESPUESTA ES SÍ, adjunte una copia del Decreto u Orden Judicial.</i> ☐ No existe una orden					
SECCIÓN IV - FIRMA PARA VERIFICAR LA EXACTITUD DE LA INFORMACIÓN					
Según mi conocimiento, la información anterior es completa y verídica. Entiendo que la falsificación por mi parte le permitirá al Administrador del Plan recuperar los pagos efectuados, cancelar mi cobertura y/o rechazar el pago de reclamos.					
Firma del Empleado			Fecha		

Lista de Documentos:

Importante: SISCO no devolverá los documentos que usted proporcione. Sólo debe enviar copias de los documentos oficiales que deba presentar.

Dependiente	Documentación Necesaria <i>Nota: Presente todos los documentos que se indican a continuación:</i>	Recursos para Obtener la Documentación
Cónyuge Dependiente	- Certificado de Matrimonio - La parte de su Declaración de Impuestos Federales de 2022 en la que figura su estado civil. Vea el ejemplo a continuación. Nota: puede tachar los números de Seguro Social y la información financiera, ya que no están relacionados con esta auditoría.	- Oficina del condado que expidió el certificado de matrimonio original http://www.cdc.gov/nchs/w2w.htm www.vitalchek.com
Hijo dependiente por nacimiento	Certificado de Nacimiento (debe incluir los nombres de los padres), y/o copias de cualquier orden judicial, decreto de divorcio u otros documentos legales relacionados con la custodia o cobertura médica.	- Oficina del condado que expidió el certificado de nacimiento original - Hospital en el que nació el niño - Departamento de Estado de EE.UU. (para niños nacidos fuera de EE.UU.) http://www.cdc.gov/nchs/w2w.htm www.vitalchek.com
Hijastro(a)	- Certificado de nacimiento (debe incluir los nombres de los padres), - Certificado de matrimonio - Declaración de impuestos de 2022	- Oficina del condado que expidió el certificado de nacimiento original www.vitalchek.com www.irs.gov
Hijo dependiente del trabajador	- Certificado de nacimiento (debe incluir los nombres de los padres), y/o copias de cualquier orden judicial, decreto de divorcio u otros documentos legales relacionados con la custodia, cobertura médica - La parte de la Declaración de Impuestos Federal de 2022 en la que figuran los dependientes declarados. Nota: puede tachar la información financiera confidencial, ya que no está relacionada con esta auditoría.	- Oficina del condado que expidió el certificado de nacimiento original - Hospital en el que nació el niño - Departamento de Estado de EE.UU. (para niños nacidos fuera de EE.UU.) http://www.cdc.gov/nchs/w2w.htm www.vitalchek.com - Agencia Estatal que expidió los documentos de custodia/tutela

Ejemplo de Formulario Fiscal:

Form 1040 Department of the Treasury—Internal Revenue Service (99)

U.S. Individual Income Tax Return

OMB No. 1545-0047 IRS Use Only—Do not write or staple in this space.

For the year Jan. 1–Dec. 31, , or other tax year beginning , ending .

Your first name and initial Last name

If a joint return, spouse's first name and initial Last name

Home address (number and street). If you have a P.O. box, see instructions. Apt. no.

City, town or post office, state, and ZIP code. If you have a foreign address, also complete spaces below (see instructions).

Foreign country name Foreign province/state/county Foreign postal code

Filing Status

1 ☐ Single

2 ☐ Married filing jointly (even if only one had income)

3 ☐ Married filing separately. Enter spouse's SSN above and full name here. ▶

4 ☐ Head of household (with qualifying person). (See instructions.) If the qualifying person is a child but not your dependent, enter this child's name here. ▶

5 ☐ Qualifying widow(er) (see instructions)

Exemptions

6a ☐ Yourself. If someone can claim you as a dependent, do not check box 6a.

b ☐ Spouse

c **Dependents:**

(1) First name	(2) Dependent's social security number	(3) Dependent's relationship to you	(4) ☐ If child under age 17 qualifying for child tax credit (see instructions)

d Total number of exemptions claimed

Boxes checked on 6a and 6b

No. of children on 6c who:

- ☐ lived with you
- ☐ did not live with you due to divorce or separation (see instructions)

Dependents on 6c not entered above

Add numbers on lines above ▶

¿A quién puedo pedir ayuda?

SISCO
(833) 560-8255

Lunes a jueves, de 5am a 5pm (hora del Pacífico)
Viernes, de 5am a 2pm (hora del Pacífico)