

Antes de inscribirse

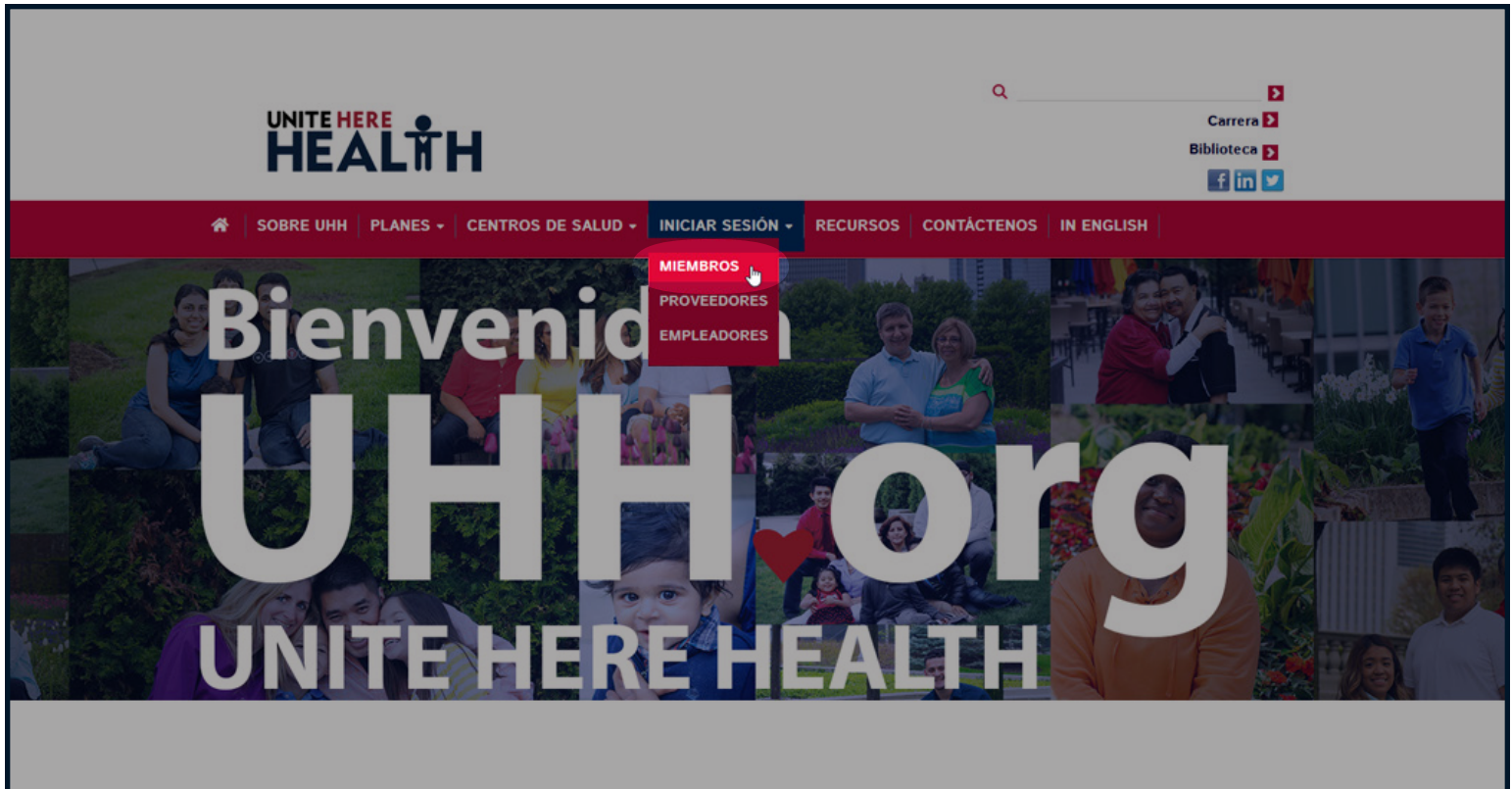
Tenga a la mano un correo electrónico personal o un número de teléfono celular.

Revise sus beneficios médicos, dentales y de la vista en Beneficios a simple vista.

Si está inscribiendo dependientes, reúna sus documentos de prueba (certificado de matrimonio, formulario de verificación del cónyuge y certificados de nacimiento).

Para comenzar la inscripción

- Visite www.uhh.org/es y haga clic en **INICIAR SESIÓN** . Se desplegará un menú secundario. Haga clic en **MIEMBROS** .



Inicie su sesión o cree su cuenta

- Ingrese a su cuenta.

A Si usted no tiene una cuenta, haga clic en “Crear una cuenta” para registrarse.

The screenshot shows the UNITE HERE HEALTH website's login and registration interface. At the top left is the logo. On the right, there is a search bar and navigation links for EMPLEOS and BIBLIOTECA. Below these are social media icons for Facebook, LinkedIn, Twitter, and YouTube, along with language options EN and SP. A red navigation bar contains links for Home, Acerca de Nosotros, Planes, Centro de Salud, Miembros, Proveedores, Empleadores, Recursos, and Contáctenos. The main content area is titled 'Portal de miembros' and includes a sub-header: '¡Su portal de miembros le permite ver reclamos, elegibilidad, historial de trabajo y más!'. Below this are input fields for 'Nombre de Usuario' and 'Contraseña', a checkbox for 'Yo estoy de acuerdo con Términos de uso.', and three buttons: 'Iniciar Sesión', 'Crear una cuenta' (highlighted with a red 'A' icon), and 'Olvíde mis datos de registro'. At the bottom, there is a 'Visitar' section with logos for Culinary Health Fund and UNITE HERE!, and a footer with links for Home, Acerca de UHH, Miembros, Proveedores, Empleadores, Empleos, Mapa de planes, Términos de Uso, and Política de privacidad.

Iniciar registro

- Ingrese su **número de seguro social** y **fecha de nacimiento** (para verificar su identidad).
- Haga clic en **Siguiente** para continuar
 - Si aparece su formulario de información de miembro, vaya a la página 10 de este folleto.
 - Si recibe un mensaje de error (miembro no encontrado), vaya a la página 9 de este folleto.

Registro de Miembro

¡Complete el siguiente formulario para crear una cuenta con su Fondo de Salud! Su número de seguro social y fecha de nacimiento deben coincidir con la información que recibimos de su empleador.

Este portal es un área segura sólo para miembros. (Los dependientes no pueden acceder a él en este momento.)

¿Ya Está Registrado/a? [Iniciar Sesión](#)

Número de Seguro Social

*

Fecha de nacimiento



*

[Siguiente](#)

Información no encontrada

- Si no se encuentra su información, por favor llame a su línea directa de inscripción: (833) 569-9638.

Llame a su línea directa de inscripción: (833) 569-9638

Registro de Miembro

¡Complete el siguiente formulario para crear una cuenta con su Fondo de Salud! Su número de seguro social y fecha de nacimiento deben coincidir con la información que recibimos de su empleador.

Este portal es un área segura sólo para miembros. (Los dependientes no pueden acceder a él en este momento.)

¿Ya Está Registrado/a?

Iniciar Sesión

No se encuentra el miembro. Llame al (800) 419-4373.

Número de Seguro Social

123459875 *

Fecha de nacimiento

01/02/23 *

Siguiente

Cree una cuenta

- Complete su información de cuenta y contacto.
- En la parte de abajo marque la casilla que dice “Yo estoy de acuerdo con [Términos de uso](#)” y haga clic en **Registrarse**.

Si tiene problemas para registrarse, por favor llame a UNITE HERE HEALTH al (833) 569-9638.

Registro de Miembro

[¿Necesita ayuda?](#)

Información de miembro

Nombre de miembro	Doe, John
Número de Seguro Social	000-00-0000
Fecha de Nacimiento	00/00/0000

Cree su cuenta

Nombre de Usuario *

Contraseña *

Confirmar Contraseña *

Pregunta de Seguridad *

Respuesta *

Información de contacto

Teléfono celular

Email

Contáctame por *


Idioma *

Estoy de acuerdo con los [Términos de uso](#). *

Registrarse

Requisitos de contraseña

- Crea su contraseña con 8 caracteres o más.
- Puede ser cualquier combinación de letras, números y símbolos.
- No se admiten acentos y caracteres acentuados.



Inscripción

- Haga clic en **INSCRIPCIÓN** para inscribirse.

The screenshot displays the UNITE HERE HEALTH user interface. At the top left is the logo 'UNITE HERE HEALTH' with a stylized person icon. To the right, there are links for 'EMPLEOS' and 'BIBLIOTECA', language options 'EN | SP', and social media icons for Facebook, LinkedIn, Twitter, and YouTube. A dark red navigation bar contains a home icon and menu items: 'INSCRIPCIÓN', 'ELIGIBILIDAD', 'HISTORIAL DE TRABAJO', 'ESTADO DE RECLAMACIONES', 'DEDUCIBLES/MÁXIMOS', and 'PAGOS'. Below this bar, there is a section for 'TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN' and a user profile icon labeled 'TEST T.'. The main content area is titled '+ Sus beneficios' and features a grid of buttons. The 'INSCRIPCIÓN' button is highlighted with a white oval. Other buttons in this section include 'Eligibilidad', 'Historial de trabajo', 'Reclamaciones', 'Totales deducibles', and 'Pagos'. Below this is a section titled '+ Su información' with buttons for 'Actualizar su perfil', 'Pedir una tarjeta de identificación', 'Actualizar su dirección', and 'Actualizar Optar Por'.

Inscripción

- Haga clic en **Iniciar Inscripción** para comenzar su inscripción.

INSCRIPCIÓN | ELIGIBILIDAD | HISTORIAL DE TRABAJO | ESTADO DE RECLAMACIONES | PAGOS ▾ | MÁS ▾ | TEST T. ▾

Inscripción

Contáctenos: (833) 569-9638

Si está intentando inscribirse en COBRA GRATUITO o ya está inscrito pero desea hacer cambios, no complete el formulario a continuación. Cierre esta pantalla y comuníquese con Servicios para Miembros llamando al número que figura en el reverso de su tarjeta de seguro.

Haga clic en el empleador al que desea inscribirse:

170293 - OCEAN CASINO RESORT

Inscripción Abierta

Ahora está en inscripción abierta. Haga clic en "Iniciar inscripción" para comenzar.

Iniciar Inscripción

Acontecimientos de Vida

Un cambio en su vida (como casarse, tener un bebé o perder otra cobertura de salud) puede hacerle elegible para un período de inscripción especial, lo que le permite inscribirse en un seguro de salud fuera del período de inscripción abierta anual.

Iniciar Inscripción de Evento de Vida

Inscripción Actual					
Tipo de Beneficio	Beneficio	Nivel de Cobertura	Cubierto	Relación	Fecha de Nacimiento
No Hay Cobertura Actual					

Su información

- Revise y actualice su información, y después haga clic en **Siguiente** para continuar.
- Si cualquier información marcada con **!** no está correcta, llame a su línea directa de inscripción inmediatamente al (833) 569-9638.

UNITE HERE HEALTH

EMPLEOS
BIBLIOTECA

EN | SP

f | in | t | You Tube

INSCRIPCIÓN | ELIGIBILIDAD | HISTORIAL DE TRABAJO | ESTADO DE RECLAMACIONES | DEDUCIBLES/MÁXIMOS | PAGOS

TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN

John D.

Su Plazo de Inscripción Finaliza el 29 de septiembre

24 : 00 : 00
Días Horas Minutos

1 2 3 4

Su información

Por favor revise y actualice su información

* indica un campo obligatorio

Primer Nombre **!** John

Apellido **!** Doe

Segundo Nombre **!**

Fecha de Nacimiento **!** 00/00/0000

SSN **!** 000-00-0000

Sexo **!** Male

Idioma de Preferencia *
Inglés

Inscripción ¿Preguntas?
Llame (833) 569-9638

Ingrese su correo electrónico o número(s) de teléfono*

Correo Electrónico
email@email.org

Teléfono
(000) 000-0000

Teléfono Móvil
(000) 000-0000

Teléfono Alt. 1

Teléfono Alt. 2

Su Dirección

Dirección 1 *
532 Doggie Dr

Dirección 2

Dirección 3

Ciudad *
South Elgin

Estado *
Illinois

Código Postal *
60177

Siguiente

Encuentre documentos comprobantes

Usted debe demostrar que cada dependiente que usted inscribe cumple con la definición del Fondo de dependiente.

Aceptamos cualquiera de estos documentos de prueba; presente al menos uno:

- Una copia certificada del acta de matrimonio.
- Una conmemoración de matrimonio por parte de una denominación generalmente reconocida de religión organizada.
- Una copia certificada del acta de nacimiento.
- Un acta de bautismo.
- Registros de nacimiento del hospital.
- Comprobante por escrito de adopción o tutela legal.
- Decretos de la corte que requieren que usted brinde beneficios médicos para un(a) niño(a) dependiente.
- Copias de su declaración de impuestos federales más reciente (Formulario 1040 ó sus equivalentes).
- Documentación de estatus de dependiente emitida y certificada por el Servicio de Inmigración y Naturalización de los Estados Unidos (INS, por sus siglas en inglés).
- Documentación de estatus de dependiente emitida y certificada por una embajada extranjera.

El nombre de usted o el de su cónyuge deben aparecer en el documento comprobante como padres del(la) hijo(a) dependiente.

Verificación conyugal

Si está inscribiendo a un cónyuge, también debe completar y enviar un formulario / documentación sobre el empleo de su cónyuge y si tiene una opción de elegir cobertura a través de su empleador. Si esto no se envía dentro de los 60 días posteriores al 1 de agosto, su cónyuge no estará cubierto.

Instrucciones:

1. Haga clic en el enlace de Verificación del cónyuge que aparece en el cuadro rosa del aviso de responsabilidad e imprima el formulario.
2. Siga las instrucciones del formulario para completar el proceso de Verificación del cónyuge.
3. Complete los pasos en la página 16 para cargar o enviar formularios / documentos.

Reconocimiento de Seleccione de Dependiente

¡ADVERTENCIA! Asegúrese de que todos los dependientes que desea cubrir están en la lista aquí. Asegúrese de que la casilla debajo de "Cubierto" esté marcada.
Para agregar un dependiente, haga clic en "Agregar dependiente".

Entiendo que mis dependientes no estarán cubiertos si no están en la lista y / o seleccionados anteriormente.

Actúe ahora: entregue formularios de verificación conyugal

Si usted inscribe a un cónyuge dependiente para recibir beneficios, debe completar y enviar [los formularios de Verificación del Cónyuge](#). Tiene 60 días para enviar los formularios. Si envía los formularios fuera del plazo de 60 días, la cobertura para un cónyuge dependiente comenzará el primer día del mes siguiente a la fecha que el Fondo recibió y aprobó los formularios.

Si usted inscribe a un cónyuge dependiente para recibir beneficios, debe completar y enviar los formularios de Verificación del Cónyuge. Tiene 60 días para enviar los formularios. Si envía los formularios fuera del plazo de 60 días, la cobertura para un cónyuge dependiente comenzará el primer día del mes siguiente a la fecha que el Fondo recibió y aprobó los formularios.

Q. ¿Que son documentos de comprobante?

Q. ¿Cómo puede usted someter documentos de comprobante?

Anterior Siguiente

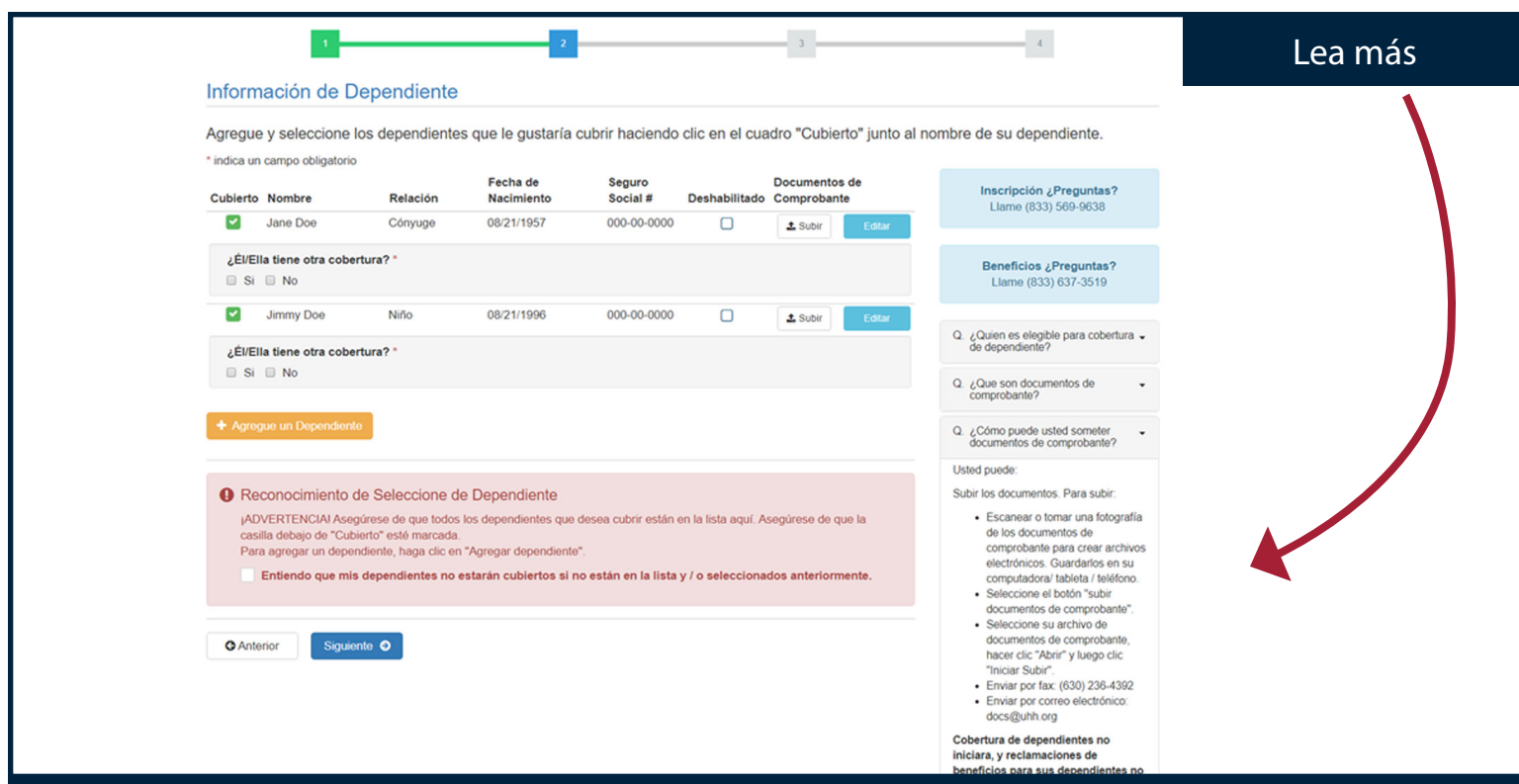
Suba los documentos comprobantes

(cómo enviarnoslos para cobertura de dependientes)

- Haga clic en  Subir por cada dependiente, y después haga clic en **Siguiente** para continuar.

Usted puede usar su teléfono inteligente para inscribirse y cargar documentos de prueba y formularios / documentos de verificación del cónyuge:

- Tome una foto del acta de nacimiento/matrimonio, etc.
 - Haga clic en “Subir” al lado del nombre del dependiente
 - Seleccione la foto que usted quiere utilizar
 - Envíe la foto y continúe
- O puede mandar sus documentos comprobantes por correo electrónico a docs@uhh.org. (Nosotros siempre tenemos cuidado con su información personal, pero el correo electrónico no siempre es privado o seguro — tenga esto en cuenta antes de enviar un correo electrónico a UNITE HERE HEALTH.)







Lea más

Información de Dependiente

Agregue y seleccione los dependientes que le gustaría cubrir haciendo clic en el cuadro "Cubierto" junto al nombre de su dependiente.

* indica un campo obligatorio

Cubierto	Nombre	Relación	Fecha de Nacimiento	Seguro Social #	Deshabilitado	Documentos de Comprobante
<input checked="" type="checkbox"/>	Jane Doe	Cónyuge	08/21/1957	000-00-0000	<input type="checkbox"/>	 Subir  Editar
¿Él/Ella tiene otra cobertura? *						
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
<input checked="" type="checkbox"/>	Jimmy Doe	Niño	08/21/1996	000-00-0000	<input type="checkbox"/>	 Subir  Editar
¿Él/Ella tiene otra cobertura? *						
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						

[+ Agregue un Dependiente](#)

Reconocimiento de Selección de Dependiente

¡ADVERTENCIA! Asegúrese de que todos los dependientes que desea cubrir están en la lista aquí. Asegúrese de que la casilla debajo de "Cubierto" esté marcada. Para agregar un dependiente, haga clic en "Agregar dependiente".

Entiendo que mis dependientes no estarán cubiertos si no están en la lista y / o seleccionados anteriormente.

[Anterior](#) [Siguiente](#)

Inscripción ¿Preguntas?
Llame (833) 569-9638

Beneficios ¿Preguntas?
Llame (833) 637-3519

Q ¿Quién es elegible para cobertura de dependiente?

Q ¿Que son documentos de comprobante?

Q ¿Cómo puede usted someter documentos de comprobante?

Usted puede:

Subir los documentos. Para subir:

- Escanear o tomar una fotografía de los documentos de comprobante para crear archivos electrónicos. Guardarlos en su computadora/ tableta / teléfono.
- Seleccione el botón "subir documentos de comprobante".
- Seleccione su archivo de documentos de comprobante, hacer clic "Abrir" y luego clic "Iniciar Subir".
- Enviar por fax: (630) 236-4392
- Enviar por correo electrónico: docs@uhh.org

Cobertura de dependientes no iniciará, y reclamaciones de beneficios para sus dependientes no

¿Necesita ayuda?

¡Llámenos!

Línea directa de inscripción:

(833) 569-9638

Lunes – Viernes
9:00 a.m. – 7:30 p.m. hora del Este