

Dependent Document Cover Sheet

Fax this sheet, along with your proof documents, to: (630) 236-4392

Member name: _____

Last 4 numbers of your SSN: _____

Employer name/location: _____

Member phone number: _____

Marriage Certificate for: _____

Birth Certificate(s) for: _____

Enroll over the phone!
See "How to Enroll for Coverage" for the number.

How to fill out this form:

- Fill out Sections 1, 2, and 3.
- **Other Information Required:** You must send proof of dependent status along with this completed form.

Section 1: Employee Information

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

Section 2: Dependent Information

Spouse Domestic Partner

Last Name	First Name	Gender <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date of Birth	Social Security Number
Is person employed? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	If yes, what is the employer name and address?	Does person have other insurance? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	If yes, what is the carrier name?	What is the policy number?

Children – Use another form or other paper for more dependents.

Last Name	First Name	Gender <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date of Birth	Social Security #	Please complete if child has other insurance
					Carrier Policy # Type
					Carrier Policy # Type
					Carrier Policy # Type
					Carrier Policy # Type
					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.

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

Section 3: Sign Below

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 _____

Envíe por fax esta hoja y sus documentos de prueba a: (630) 236-4392

Nombre de miembro:

Los últimos 4 números de su Seguro Social (SSN):

Nombre/ubicación del empleador:

Número de teléfono del miembro:

Certificado de matrimonio para:

Certificados de nacimiento para:

Cómo llenar este formulario:

- Complete las secciones 1, 2 y 3.
- **Otra información requerida:** Tiene que enviar un comprobante que verifique el estado de dependiente junto con este formulario completo.

Sección 1: Información sobre el empleado

Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento (mes-día-año)	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro:			Correo electrónico	

Sección 2: Información de Dependientes

Cónyuge Pareja Doméstica

Apellido	Primer nombre	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento (mes-día-año)	Número de Seguro Social
¿Esta empleada la persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si su respuesta es afirmativa, ¿Cómo se llama y cual es la dirección del empleador?	¿Tiene la persona otro seguro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si su respuesta es afirmativa, ¿Cómo se llama el proveedor?	¿Cuál es el número de la póliza?

Hijos Para añadir más dependientes use otro formulario u otra hoja de papel.

Apellido	Primer nombre	Sexo	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social	Por favor completar si el hijo o hija tiene otra cobertura médica
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			Compañía de seguro No. de póliza Tipo
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			Compañía de seguro No. de póliza Tipo
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			Compañía de seguro No. de póliza Tipo
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			Compañía de seguro No. de póliza Tipo
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 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)
- Certificado de nacimiento (para sus hijos)
- En ciertas circunstancias, UNITE HERE HEALTH acepta otros documentos de identificación. Llame a la oficina regional para obtener más información.

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

Sección 3: Firme aquí

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.

Devuelva este formulario completo a: UNITE HERE HEALTH, P.O. Box 6557, Aurora, IL 60598-0557 • Fax: (630) 236-4392 • www.uhh.org

Nombre en imprenta _____
 Firma del participante _____
 Fecha _____