

| | | |
|--|---|--|
| <p>Fill out completely to prevent delay</p> | <p>Submit form: Fax: (630) 236-4392 Email: docs@uhh.org Mail: UNITE HERE HEALTH, P. O. Box 6557, Aurora, IL 60598-0557</p> | <p>For help, call: (833) 637-3519</p> |
|--|---|--|

1: Employee Information

| | | | | |
|--|---------------|------------------|--------------------------|--|
| Last Name ▾ | First | Middle | Date of Birth (mm/dd/yy) | Sex <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female |
| Street ▾ | Apt # | | Cell Phone () | Other Phone () |
| City ▾ | County | State | Zip | |
| Social Security #/ Member ID # ▾ - - | 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

| | | | | |
|---|--|---|-----------------------------------|-----------------------|
| Last Name ▾ | First Name | Gender <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Date of Birth | Social Security # |
| 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 #? |

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

| | | | | | |
|--|--|---|--|--|----------|
| | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | | 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. If you are enrolling your child, the document you provide must contain the names of the child's parents.

- Marriage certificate (for your spouse)
- Birth certificate (for your children)
- In certain circumstances, UNITE HERE HEALTH accepts other documents for identification. Call your fund office for more information.

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

3: 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 _____

| | | |
|--|--|--|
| <p>Llene completamente para evitar retrasos</p> | <p>Enviar el formulario: Fax: (630) 236-4392 Correo electrónico: docs@uhh.org Por Correo: UNITE HERE HEALTH, P. O. Box 6557 Aurora, IL 60598-0557</p> | <p>Para obtener ayuda, llame al: (833) 637-3519</p> |
|--|--|--|

1: Información sobre el empleado

| | | | | |
|--|----------------------|-------------------------|---------------------------------------|--|
| Apellido | Primer nombre | Segundo nombre | Fecha de nacimiento (mm/dd/aa) | Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino |
| Calle | Apt # | Celular () | Número de teléfono alternativo () | |
| Ciudad | Condado | Estado | Código Postal | |
| Número de Seguro Social o número de identificación del miembro ▼ - - | 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 | |

2: Información de Dependientes

Cónyuge

| | | | | |
|---|---|---|---|----------------------------------|
| 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 | ¿Tiene el niño otro seguro? |
|----------|---------------|---|---------------------|-------------------------|---|
| | | <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. Si se inscribe a su hijo, el documento que usted proporciona debe contener los nombres de los padres del niño.

- 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.

3: Firma

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 _____