

1: Employee Information — Enter your information below each description.

Last Name ▾	First	Middle	Date of Birth (month-day-year)	Gender ☐ Male ☐ Female
Street ▾	Apt #		Telephone ()	Cell Phone ()
City ▾	County	State	Zip	
Social Security # ▾ - -	Employer Name	Employer Address	Hire Date	
Language preference for healthcare communications ▾ ☐ English ☐ Spanish ☐ Other:			Email	

2: Selecting Coverage — Choose the level of coverage that's right for you.

Complete this section to elect coverage provided through UNITE HERE HEALTH.

☐ By placing a check mark (✓) in the box to the left and signing and dating below, I hereby elect coverage provided under UNITE HERE HEALTH.

By checking the box above, I also authorize my employer to deduct from my pay the applicable amount I am required to contribute toward the cost of providing coverage.

3: Waive UNITE HERE HEALTH Coverage — Check the box below only if you DO NOT want coverage.

Do not complete this section unless you intend to waive all coverage provided under UNITE HERE HEALTH Plan 105.

☐ By placing a check mark (✓) in the box to the left and signing and dating below, I am waiving my right to have my employer make contributions on my behalf to UNITE HERE HEALTH and I will NOT BE COVERED for any of the benefit coverages offered under UNITE HERE HEALTH Plan 105.

I further understand that I will not be able to enroll for coverage, except during open enrollment periods or such other times designated by federal law.

4: Sign Here — Sign below, even if you want to waive all coverage.

I hereby certify the accuracy of coverage election shown above.

Print Name _____

Signature _____ **Date** _____

Submitting this completed form does not guarantee coverage or eligibility for benefits. Eligibility for benefits is governed by the terms of Plan 105.

Notice of Special Enrollment Rights

If you are waiving enrollment for all healthcare coverage under Plan 105 of UNITE HERE HEALTH because of other group or individual healthcare coverage existing when you first become eligible under the Plan, you may be able to enroll individuals losing that coverage in Plan 105 when eligibility for the other coverage is lost. If your waiver of enrollment is not related to other group or individual healthcare coverage, you may also request enrollment in Plan 105 when: you acquire a dependent as the result of marriage, childbirth, adoption, placement for adoption, or a child from a foreign country takes up residence with you; you or a dependent lose eligibility for Medicaid or Child Health Insurance Program benefits; or you or a dependent gain eligibility for state financial assistance under a Medicaid or Child Health Insurance Program to help pay for the cost of UNITE HERE HEALTH coverage. The request for special enrollment must occur within 60 days after the occurrence of the applicable event.

1: Información del Empleado — Ingrese su información abajo de cada descripción.

Apellido ▾	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento (mes-día-año)	Sexo ☐ Masculino ☐ 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 ▾ ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro:			Correo electrónico	

2: Selección de Cobertura — Elija el nivel de cobertura que sea adecuado para usted.

Para elegir cobertura provista a través del UNITE HERE HEALTH, marque (✓) el siguiente casillero.

☐ Al marcar este casillero a la izquierda y firmar y fechar por abajo, elijo la cobertura provista bajo del UNITE HERE HEALTH.

Al marcar el casillero de arriba, también autorizo a mi patrón a deducir de mi pago el monto total que debo contribuir para cubrir el costo de la cobertura que seleccioné.

3: Renuncia a la Cobertura de UNITE HERE HEALTH — Marque la casilla de abajo únicamente si NO desea cobertura.

No complete esta sección a menos que decida renunciar a la totalidad de la cobertura que se brinda a través de la Unidad del Plan 105 del UNITE HERE HEALTH.

☐ Al marcar este casillero a la izquierda y firmar y fechar por abajo, estoy renunciando a mi derecho de que mi patrón haga contribuciones en mi nombre al UNITE HERE HEALTH y que NO ESTARÉ CUBIERTO con los beneficios ofrecidos a través de la Unidad del Plan 105 del UNITE HERE HEALTH.

Entiendo además que no podré reinscribirme salvo durante los períodos de inscripción abierta u otros períodos establecidos por la legislación federal.

4: Firme Aquí — Firme abajo, aunque desee renunciar a toda la cobertura.

Por la presente certifico que la elección de cobertura realizada arriba es correcta.

Nombre en imprenta _____

Firma _____ Fecha _____

La entrega de un formulario completado no garantiza cobertura o la elegibilidad para recibir beneficios. La elegibilidad para recibir beneficios está gobernada por los términos del Plan 105.

Aviso sobre los derechos de inscripción

Si usted está renunciando totalmente a la inscripción de cobertura del cuidado de salud bajo la Unidad del Plan 105 del UNITE HERE HEALTH porque otra cobertura de grupo o cuidado de salud individual existe cuando usted primeramente es elegible bajo el Plan, usted quizás pueda inscribir a los individuos cuando pierdan dicha cobertura en la Unidad del Plan 105 cuando pierdan la elegibilidad para la cobertura bajo el otro Plan. Si su rechazo de inscripción no está relacionado a otra cobertura de cuidados de salud de grupo o individual, usted también podría solicitar inscripción en el Plan 105 cuando: usted adquiere un dependiente como resultado de un matrimonio, nacimiento de un hijo, adopción, colocación para adopción o un niño de un país extranjero viene a vivir con usted; usted o un dependiente pierden elegibilidad para beneficios de Medicaid o Seguro de Salud de Hijos; o si usted o un dependiente obtienen elegibilidad para asistencia financiera estatal bajo Medicaid o un Programa de Seguro de Salud de Hijos para ayudarle a pagar el costo de la Cobertura del UNITE HERE HEALTH. La petición de inscripción especial debe de ocurrir dentro de 60 días después que ocurra el evento aplicable.

Devolver este formulario completo a

UNITE HERE HEALTH • PO Box 5348, Oak Brook, IL 60522-5348 • Fax: (630) 236-4392