



**CEMENT MASONS HEALTH AND WELFARE TRUST FUND
FOR NORTHERN CALIFORNIA**
220 Campus Lane, Fairfield, CA 94534-1499
Telephone: (707) 864-3300 or Toll-Free at 1-888-245-5005
E-Mail Address: customerservice@norcalcementmasons.org
Website: http://www.norcalcementmasons.org

SOLO PARA EL USO DE LA OFICINA DEL FONDO (536)

EFF.
DATE:

ELIGIBILITY
CODE:

FORMA DE SOLICITUD DE BENEFICIOS DEL PLAN DE JUBILADOS

INFORMACIÓN DEL JUBILADO (Por favor imprima claramente utilizando pluma de tinta negra)

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	NOMBRE: PRIMERO	MEDIO	APELLIDO
DOMICILIO RESIDENCIAL (no Apartado Postal)		CIUDAD	ESTADO CODIGO POSTAL
NÚMERO DE TELÉFONO	UNION LOCAL	FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO ESTADO CIVIL
		MES DÍA AÑO	<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> SOLTERO/A <input type="checkbox"/> FEMININO <input type="checkbox"/> CASADO/A

OPCIONES DEL PLAN DE BENEFICIOS

IMPORTANTE: Usted y sus dependientes debe que alecciona el mismo Plan de Beneficio. Por favor marque solamente un cuadro.

<input type="checkbox"/> PLAN DE SALUD Y BIENESTAR ADMINISTRADA POR EL FONDO DE LOS ALBAÑILES DE CEMENTO JUBILADOS	<input type="checkbox"/> KAISER PERMANENTE NÚMERO DE EXPEDIENTE MÉDICO:
---	--

SI USTED Y / O SU ESPOSA ES ACTUALMENTE ELEGIBLE PARA MEDICARE,
ESCRIBA LA FECHA DE VIGENCIA DE LA COBERTURA.

La fecha eficaz de seguro de Medicare para Usted.
Parte A: (MES) _____ (AÑO) _____
Parte B: (MES) _____ (AÑO) _____
Someta por favor una copia de la tarjeta

La fecha eficaz de seguro de Medicare para la esposa.
Parte A: (MES) _____ (AÑO) _____
Parte B: (MES) _____ (AÑO) _____
Someta por favor una copia de la tarjeta

También usted debe de llenar la forma de inscripción Kaiser Permanente Senior Advantage si usted y o su esposo tiene cobertura de seguro de Medicare y si usted está eligiendo Kaiser Permanente Senior Advantage.

INFORMACIÓN DE DEPENDIENTE (Haga una lista de todos los dependientes que va a inscribir)

ESCRIBA EL PRIMER NOMBRE, INICIAL, Y 2º NOMBRE Y APELLIDO SI ES DIFERENTE DEL JUBILADO.)	FECHA DE NAC. MES / DÍA / AÑO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	(J) NUMERO DEL EXPEDIENTE MÉDICO	RELACIÓN DEL DEPENDIENTE
1.				CÓNYUGE
2.				<input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> HIJA
3.				<input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> HIJA

INFORMACIÓN DE MEDICARE Y BENEFICIARIOS

Solicito la membresía en el Plan de Salud para las personas nombradas y quedo de acuerdo que cumpliré con las disposiciones del convenio de servicio de Kaiser un HMO, o con las reglas y regulaciones del Plan de Atención Administrada cualquiera aplique.

Acuerdo De Arbitraje Del Plan De la Salud De la Fundación De Kaiser: Entiendo que el convenio de servicio establece que los reclamos por mala practica medica que surjan debido a que alguien que tenga relación conmigo o alguien crea que alguna conducta que surja de mi relación con el HMO, los hospitales del HMO o el grupo medico del HMO como miembro o como paciente ha causado algún daño deberá presentarse a un arbitraje obligatorio en lugar de un juicio.

ESTOY DE ACUERDO EN AUTORIZAR AL PLAN DE BENEFICIOS QUE ESCOGÍ A OBTENER Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA DE LAS PERSONAS SEÑALADAS EN ESTA SOLICITUD EN CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE LA LEY DE CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN MÉDICA, SECCIÓN 56 Y SIGUIENTE DEL CÓDIGO CIVIL DE CALIFORNIA.

POR ESTE MEDIO CERTIFICO BAJO PENA DE PERJURIO DE ACUERDO A LAS LEYES DEL ESTADO DE CALIFORNIA QUE LA INFORMACIÓN DADA EN ESTA FORMA ES CIERTA, CORRECTA Y COMPLETA A MI MEJOR SABER Y ENTENDER.

FECHA: _____ FIRMA DEL JUBILADO: _____

SOLO PARA EL USO DE LA OFICINA DEL FONDO (Por favor no escriba en este espacio)

<input type="checkbox"/> NEW RETIREE	<input type="checkbox"/> OPEN ENROLLMENT
<input type="checkbox"/> ADD DEPENDENT	<input type="checkbox"/> DELETE DEPENDENT
<input type="checkbox"/> COBRA - DATE OF QUALIFYING EVENT	

REMARKS:

DATE: _____ BY: _____

