



**FONDO DE SALUD Y BIENESTAR DE LOS ALBAÑILES DE
CEMENTO DEL NORTE DE CALIFORNIA**
4160 Dublin Blvd, Suite 100
Dublin, CA 94568
Teléfono: (707) 864-3300 o (888) 245-5005
Correo electrónico: nccmenrollment@hsba.com

SOLO PARA USO DE LA OFICINA DEL FONDO (536)	
FECHA DE VIGENCIA:	
HCID: HA	
CÓDIGO DE ELEGIBILIDAD/N.º DE GRUPO:	

FORMULARIO DE SOLICITUD DEL PLAN ACTIVO

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE (Escriba claramente con bolígrafo)				
APELLIDO		NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE
DOMICILIO PARTICULAR		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
FECHA DE NACIMIENTO	N.º DE SEGURO SOCIAL	ESTADO CIVIL: ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Pareja de hecho ☐ Divorciado(a) Fecha de vigencia (si no es soltero[a]):		GÉNERO: ☐ Masculino ☐ Femenino
N.º DE TELÉFONO	N.º DE TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO		
SINDICATO LOCAL	NOMBRE DEL EMPLEADOR		FECHA DE CONTRATACIÓN	

OPCIONES DEL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD (Usted y sus dependientes deben estar inscritos en el mismo plan de beneficios de salud)	
☐ PLAN DE PAGO DIRECTO (ANTHEM)	☐ KAISER PERMANENTE SI ES O FUE MIEMBRO DE KAISER, INGRESE EL N.º DE HISTORIAL MÉDICO _____

INFORMACIÓN DE DEPENDIENTES (Enumere a todos los dependientes elegibles; use una hoja en blanco si necesita más espacio)							
APELLIDO	NOMBRE	INICIAL	F. NAC.	N.º SS	GÉNERO	PARENTESCO	N.º DE HISTORIAL MÉDICO DE KAISER (SI CORRESPONDE)
					☐ MASCULINO ☐ FEMENINO	☐ CÓNYUGE ☐ PAREJA DE HECHO	
					☐ MASCULINO ☐ FEMENINO	☐ HIJO(A) ☐ HIJASTRO(A) ☐ OTRO*	
					☐ MASCULINO ☐ FEMENINO	☐ HIJO(A) ☐ HIJASTRO(A) ☐ OTRO*	
					☐ MASCULINO ☐ FEMENINO	☐ HIJO(A) ☐ HIJASTRO(A) ☐ OTRO*	
					☐ MASCULINO ☐ FEMENINO	☐ HIJO(A) ☐ HIJASTRO(A) ☐ OTRO*	
					☐ MASCULINO ☐ FEMENINO	☐ HIJO(A) ☐ HIJASTRO(A) ☐ OTRO*	

¿Alguna persona indicada en este formulario tiene seguro médico de otra fuente? ☐ Sí ☐ No

Si respondió Sí, indique el nombre de la otra cobertura y las personas cubiertas: _____

***Adjunte una copia de la tarjeta del seguro. Es posible que se envíe un cuestionario de doble cobertura para solicitar información adicional.

**COMPLETE LA SECCIÓN A CONTINUACIÓN Y ADJUNTE UNA COPIA DE LA TARJETA DE MEDICARE
SI USTED O ALGÚN DEPENDIENTE ESTÁ INSCRITO EN MEDICARE**

INDIQUE LA(S) PERSONA(S) QUE RECIBE(N) MEDICARE

NOMBRE: _____

NOMBRE: _____

¿RECIBE LA PARTE A? ☐ SÍ ☐ NO

FECHA DE VIGENCIA

A: ____/____/____

¿RECIBE LA PARTE B? ☐ SÍ ☐ NO

FECHA DE VIGENCIA

B: ____/____/____

¿ALGUNA PERSONA INDICADA RECIBE DIÁLISIS RENAL O UN TRASPLANTE?

INDIQUE LA(S) PERSONA(S) QUE RECIBE(N) DIÁLISIS O UN
TRASPLANTE

NOMBRE: _____

NOMBRE: _____

RECIBIÓ UN TRASPLANTE DE RIÑÓN

☐ SÍ ☐ No

FECHA DEL TRASPLANTE:

____/____/____

RECIBE DIÁLISIS

☐ SÍ ☐ No

FECHA DEL PRIMER TRATAMIENTO:

____/____/____

Yo solicito la membresía en el plan de salud. Certifico, bajo pena de perjurio y conforme a las leyes de California, que la información proporcionada en este formulario es verdadera, correcta y completa según mi leal saber y entender.

FECHA: _____ FIRMA DEL PARTICIPANTE: _____

Kaiser Foundation Health Plan, Inc., Acuerdo de arbitraje de California

Entiendo que (salvo los casos del Tribunal de Reclamos Menores, las reclamaciones sujetas a un procedimiento de apelación de Medicare o al reglamento de procedimientos de reclamaciones de ERISA, y cualquier otra reclamación que no pueda someterse a arbitraje vinculante conforme a la ley aplicable) toda disputa entre, por una parte, yo, mis herederos, familiares u otras partes relacionadas y, por la otra, Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP), cualquier proveedor de atención médica contratado, administrador u otra parte relacionada, por la supuesta infracción de cualquier deber derivado de la membresía en KFHP o relacionado con ella, incluida cualquier reclamación por negligencia médica u hospitalaria (una reclamación de que los servicios médicos fueron innecesarios o no autorizados, o que se prestaron de manera indebida, negligente o incompetente), por responsabilidad de las instalaciones, o relacionada con la cobertura o prestación de servicios o artículos, independientemente de la teoría jurídica, deberá resolverse mediante arbitraje vinculante conforme a la ley de California y no mediante una demanda ni recurriendo al proceso judicial, salvo que la ley aplicable disponga la revisión judicial del procedimiento arbitral. Acepto renunciar a nuestro derecho a un juicio por jurado y aceptar el uso del arbitraje vinculante. Entiendo que la disposición completa de arbitraje se encuentra en la Evidencia de Cobertura.

Nota: Si no desea aceptar el acuerdo de arbitraje anterior, debe seleccionar un nuevo plan de salud.

FECHA: _____ FIRMA DEL PARTICIPANTE: _____

SE REQUIERE FIRMA PARA EL PLAN KAISER PERMANENTE

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

☐ NUEVO PARTICIPANTE

☐ INSCRIPCIÓN ABIERTA

☐ NUEVO DEPENDIENTE

☐ COBRA - FECHA DEL EVENTO CALIFICATIVO

OBSERVACIONES:

FECHA:

POR: