

SEIU HEALTH & WELFARE FUND ENROLLMENT/WAIVER FORM

Please Print Clearly

FIRST NAME: _____ LAST NAME: _____

SSN: ____ - ____ - ____ DATE OF BIRTH: ____ / ____ / ____ SEX: MALE FEMALE

HOME STREET ADDRESS/APT #: _____

CITY: _____ STATE: _____ ZIP CODE: _____

NAME OF EMPLOYER: _____

EMPLOYEE NUMBER: _____ DATE OF HIRE: _____

Children for enrollment – Eligible children include child by birth or legal adoption that are age 26 or younger.

FIRST NAME	LAST NAME	DOB	SSN	RELATIONSHIP (Circle one)
				Husband Wife
				Son Daughter
				Son Daughter
				Son Daughter

CHOOSE ONE:

- I **DO NOT** want to enroll in the health insurance plan. I understand that I am waiving this coverage and that I will not be able to enroll until the next open enrollment period or unless I have a qualifying event.

- I want to enroll in the health insurance plan for **MYSELF ONLY**. I authorize my employer to process my payroll deduction (according to the CBA between my employer and the SEIU local 26). I understand that I cannot drop coverage until the next open enrollment period or unless I have a qualifying event.

- I want to enroll in the health insurance plan for **MYSELF AND MY ELIGIBLE DEPENDENTS** listed above. I authorize my employer to process my payroll deduction (according to the CBA between my employer and the SEIU local 26). I understand that I cannot drop coverage until the next open enrollment period or unless I have a qualifying event.

Signature

Date

By signing this form, I attest that all information provided is true and correct

FORMULARIO DE RENUNCIA/INSCRIPCIÓN PARA EL FONDO DE BIENESTAR Y SALUD DE SEIU

Escriba en letra de imprenta de manera clara

NOMBRE DE PILA: _____ Apellido: _____

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: ____ - ____ - ____

FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____ SEXO: MASCULINO MUJER

DIRECCIÓN DE DOMICILIO/APT #: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

Nombre del Empleador: _____

NÚMERO DE EMPLEADO: _____ FECHA DE CONTRATACIÓN: _____

Hijos para la inscripción – Los hijos elegibles incluyen a los hijos por nacimiento o adopción legal menores de 26 años.

NOMBRE DE PILA	APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	RELACIÓN (círculo)
				Espos Esposa
				Hijo Hija
				Hijo Hija
				Hijo Hija

ELIJA UNO:

- NO** deseo inscribirme en el plan de seguro de salud. Entiendo que estoy renunciando a esta cobertura y que no podré inscribirme hasta el próximo período de inscripción abierta o a menos que tenga un evento que califique.
- Quiero realizar la inscripción en el plan de seguro de salud **SOLAMENTE PARA MÍ**. Autorizo a mi empleador a procesar mi deducción de nómina (según el CBA entre mi empleador y SEIU local 26). Entiendo que no puedo dejar la cobertura hasta el próximo período de inscripción abierta o a menos que tenga un evento que califique.
- Quiero realizar la inscripción en el plan de seguro de salud **PARA MI Y MIS DEPENDIENTES ELEGIBLES** que se indican a continuación. Autorizo a mi empleador a procesar mi deducción de nómina (según el CBA entre mi empleador y SEIU local 26). Entiendo que no puedo dejar la cobertura hasta el próximo período de inscripción abierta o a menos que tenga un evento que califique.

Firma

Fecha

Al firmar este formulario, declaro que toda la información proporcionada es verdadera y correcta

