

**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN/RENUNCIA DEL FONDO DE
SALUD Y BIENESTAR DE SEIU**

Trabajadores del aeropuerto de SEIU Local 26

NOMBRE: _____ APELLIDO: _____

NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL (SOCIAL SECURITY NUMBER, SSN, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS):

_____ - _____ - _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ / _____ / _____ SEXO: FEMENINO MASCULINO

DIRECCIÓN PARTICULAR, CALLE Y N.º DE DEPTO.: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

NOMBRE DEL EMPLEADOR: _____

NÚMERO DE EMPLEADO: _____ FECHA DE CONTRATACIÓN: _____

Inscripción de hijos: los hijos elegibles incluyen a los hijos por nacimiento o adopción legal de 26 años o menos.

NOMBRE	APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO (DATE OF BIRTH, DOB, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)	SSN	RELACIÓN (Marque con un círculo una opción)
				Hijo Hija
				Hijo Hija
				Hijo Hija

- NO** deseo inscribirme en el plan de seguro médico. Comprendo que estoy renunciando a esta cobertura y que no podré inscribirme hasta el próximo período de inscripción abierta o a menos que ocurra un evento calificado.
- Deseo inscribirme **SOLO YO** en el plan de seguro médico. Autorizo a mi empleador a procesar mi deducción por nómina de pago (según el convenio de negociación colectiva [Collective Bargaining Agreement, CBA, por sus siglas en inglés] entre mi empleador y SEIU Local 26). Comprendo que no puedo renunciar a la cobertura hasta el próximo período de inscripción abierta o a menos que ocurra un evento calificado.
- Deseo inscribir en el plan de seguro médico a **MÍ Y A MIS HIJOS ELEGIBLES** mencionados arriba. Autorizo a mi empleador a procesar mi deducción por nómina de pago (según el CBA entre mi empleador y SEIU Local 26). Comprendo que no puedo renunciar a la cobertura hasta el próximo período de inscripción abierta o a menos que ocurra un evento calificado.

Firma

Fecha

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