

Enrollment Form / **Formulario de inscripción**  
 Building Service 32BJ Benefit Funds/**Fondos de Beneficios del Servicio a Edificios 32BJ**



Questions? Call Member Services at (212) 388-3500 ¿Preguntas? Llame a: Servicios para los Miembros al (212) 388-3500

Instructions: Please print in blue or black ink. Do not tape or staple. **Instrucciones: Por favor escriba en letra imprenta con tinta negra o azul, no pegue con cinta ni use grapas.**

Section 1 / **Sección 1** Participant Information / **Información del participante**

Social Security Number/Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Telephone Number (Home)/Número de teléfono (casa) \_\_\_\_\_

First Name/Primer nombre Middle Name/Segundo nombre Last Name/Apellido \_\_\_\_\_ Telephone Number (Other)/Número de teléfono (otro) \_\_\_\_\_

Street Address/Calle Apt. #/No. de apartamento \_\_\_\_\_ Date of Birth (Month/Day/Year)/Fecha de nacimiento (mes/día/año) \_\_\_\_\_

City/Ciudad State/Estado Zip/Código Postal \_\_\_\_\_ Email address/Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

Gender  Male  Female **Sexo**  Hombre  Mujer **Marital Status**  Single  Married  Legally Separated  Divorced  Widowed  
**Estado civil**  Soltero  Casado  Legalmente separado  Divorciado  Viudo

Name of your Current Employer/Nombre de su empleador actual \_\_\_\_\_ Date of Hire/Fecha en que fue contratado \_\_\_\_\_

Street Address/Dirección \_\_\_\_\_ City/Ciudad \_\_\_\_\_ State/Estado \_\_\_\_\_ Zip Code/Código Postal \_\_\_\_\_

Please complete the following/Por favor, complete lo siguiente  
 Are you a summer replacement?/¿Está reemplazando a alguna persona durante el verano?  Yes/Sí  No

Do you regularly work more than 2 days a week?  Yes/Sí  No  
 ¿Trabaja más de 2 días por semana regularmente?

How many hours do you regularly work each week?  
 ¿Cuántas horas trabaja usted cada semana regularmente? \_\_\_ hours/horas

Section 2 / **Sección 2** Spouse information\* / **Información del cónyuge\***

Social Security Number/Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Date of Birth (Month/Day/Year)/Fecha de nacimiento (mes/día/año) \_\_\_\_\_

Name of Spouse/Nombre del cónyuge \_\_\_\_\_ Date of Marriage (Month/Day/Year)/Fecha de matrimonio (mes/día/año) \_\_\_\_\_

Gender  Male  Female **Sexo**  Hombre  Mujer

Does the spouse live at the same address as the participant?/¿El cónyuge vive en la misma dirección que el participante?  Yes/Sí  No

If no, enter address/Si no, escriba la dirección \_\_\_\_\_

Is the spouse currently employed?/¿El cónyuge tiene empleo actualmente?  Yes/Sí  No

If yes, name of employer/En caso afirmativo, nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Is the spouse and dependent currently enrolled in another healthcare plan?  
 Actualmente, ¿el cónyuge y dependientes están inscritos en otro plan de atención de salud?  Yes/Sí  No

If Yes, please identify who has other healthcare coverage/Si la respuesta es sí, por favor identifique quién tiene otra cobertura de atención de salud  Spouse only  Dependent Children  Spouse & Dependent Children  
 Sólo el cónyuge Hijos dependientes Cónyuge e hijos dependientes

If yes, please write the name of the insurance carrier, identification and group number below  
 Si la respuesta es sí, indique a continuación el nombre de la compañía de seguros y los números de identificación y de grupo.

Other insurance/Otros seguros \_\_\_\_\_ Insurance Company Name/Nombre de la compañía de seguros ID#/No. de identificación Group#/No. de grupo Effective Date/Fecha de entrada en vigencia

\*Same sex domestic partner: Eligibility subject to Fund Policy. Contact Member Services for application at (212) 388-3500/\*Pareja conviviente del mismo sexo: elegibilidad sujeta a la Política del Fondo. Haga su solicitud llamando a Servicios para los Miembros al (212) 388-3500.

Section 3 / Sección 3 Dependents' Information / Información de los dependientes\*

Your spouse and dependents will not have access to benefits until Department of Eligibility receives this completed form and your certified marriage certificate and/or dependents' birth certificate, adoption papers or proof of guardianship<sup>1</sup>. If over 19, you must provide proof of full-time student registration/Su cónyuge o sus dependientes no tendrán derecho a los beneficios hasta que el Departamento de Elegibilidad reciba el presente formulario completo y su certificado de matrimonio legalizado y/o el certificado de nacimiento, documentos de adopción o de tutoría legal de sus dependientes<sup>1</sup>. Si es mayor de 19 años, debe proporcionar pruebas de registro como estudiante a tiempo completo. Member must fill in all blanks where applicable/El miembro debe llenar todos los espacios en blanco donde sea aplicable. List additional dependents below or on a separate page:/Escriba sus dependientes adicionales abajo o en una página aparte:  
<sup>1</sup> Those claimed on tax return/Aquellos indicados en la declaración de impuestos. For Grandchildren, niece, and nephew only/Sólo nietos, sobrinas o sobrinos

1

First Name/Primer nombre Middle Name/Segundo nombre Last Name/Apellido SSN/Número de Seguro Social Gender Sexo  Male Hombre  Female Mujer

Date of Birth (Month/Day/Year)/Fecha de nacimiento (mes/día/año)  Biological Child Hijo biológico  Adopted Adoptado  Step-child Hijastro  Grandchild, Niece or Nephew Nieto, Sobrina o Sobrino

If address is different from participant (in section 1) enter address in space below  
 Si la dirección es diferente a la del Participante (en la Sección 1), escriba la dirección en el espacio de abajo.

Street Address/Calle Apt. #/No. de apartamento City/Ciudad State/Estado Zip/Código Postal

2

First Name/Primer nombre Middle Name/Segundo nombre Last Name/Apellido SSN/Número de Seguro Social Gender Sexo  Male Hombre  Female Mujer

Date of Birth (Month/Day/Year)/Fecha de nacimiento (mes/día/año)  Biological Child Hijo biológico  Adopted Adoptado  Step-child Hijastro  Grandchild, Niece or Nephew Nieto, Sobrina o Sobrino

If address is different from participant (in section 1) enter address in space below  
 Si la dirección es diferente a la del participante (en la Sección 1), escriba la dirección en el espacio de abajo.

Street Address/Calle Apt. #/No. de apartamento City/Ciudad State/Estado Zip/Código Postal

3

First Name/Primer nombre Middle Name/Segundo nombre Last Name/Apellido SSN/Número de Seguro Social Gender Sexo  Male Hombre  Female Mujer

Date of Birth (Month/Day/Year)/Fecha de nacimiento (mes/día/año)  Biological Child Hijo biológico  Adopted Adoptado  Step-child Hijastro  Grandchild, Niece or Nephew Nieto, Sobrina o Sobrino

If address is different from participant (in section 1) enter address in space below  
 Si la dirección es diferente a la del participante (en la Sección 1), escriba la dirección en el espacio de abajo.

Street Address/Calle Apt. #/No. de apartamento City/Ciudad State/Estado Zip/Código Postal

Section 4 / Sección 4 Participant Signature / Firma del participante

I declare the information on this form is true and complete to the best of my knowledge. I agree to provide additional documents to confirm this information if requested by the Building Service 32BJ Benefit Funds. I agree to immediately let the Building Service 32BJ Benefit Funds know of any changes in this information I have provided and understand that failure to do so may result in the delay or denial of a 32BJ benefit./Declaro que la información escrita en este formulario es fidedigna, correcta y completa. Acepto proporcionar documentos adicionales que confirmen esta información, si así lo solicita el Fondo de Beneficios del Servicio a Edificios 32BJ. Acepto informar de inmediato al Fondo de Beneficios del Servicio a Edificios 32BJ de cualquier cambio en la información que haya proporcionado y comprendo que no hacerlo podría resultar en el retraso o rechazo de un beneficio 32BJ.

Participant Signature/Firma del participante Date/Fecha

Section 5 / Sección 5 Optional Language Information / Información opcional de lenguaje

This section is optional. We ask for this information to better serve our participants. Please mark a 1 in the box next to your primary language and a 2 in the box next to your secondary language. Esta sección es opcional. Pedimos esta información para servir mejor a nuestros participantes. Por favor marque 1 en la caja al lado de su lengua primaria y 2 en la caja al lado de su lengua secundaria.

English Inglés  Spanish Español  Polish Polski  Croatian Hrvatski  Russian Русский язык  Serbian Српски  Albanian Shqip  Other Otros

Please mail or fax completed form with required documents to:  
 Una vez completado el formulario, envíelo por correo o fax junto con los documentos requeridos a:  
 Department of Eligibility • Building Service 32BJ Benefit Funds  
 101 Avenue of the Americas • New York, NY 10013-1991 or Fax to 212-844-2717 ó por Fax al 212-844-2717