

Enroll a Dependent or Change a Dependent's Status Form/ Formulario para la inscripción de un dependiente o cambio del status de un dependiente
Building Service 32BJ Benefit Funds/ Fondo de Beneficios del Servicio a Edificios 32BJ



Questions? Call Member Service at (212) 388-3500./ ¿Tiene alguna pregunta? Comuníquese con Servicios para los Miembros llamando al (212) 388-3500.

Instructions: Please print in black or blue ink. Do not tape or staple./ Instrucciones: escriba en tinta negra o azul. No pegue cinta adhesiva ni engrape este formulario.

Section 1/ Sección 1 Participant Information/ Información del participante

First Name/ Nombre Middle Name/ Segundo nombre Last Name/ Apellido Social Security Number/ Número de seguro social

Gender/ Sexo Male/ Masculino Female/ Femenino

Street Address/ Dirección

City/ Ciudad State/ Estado Zip Code/ Código postal

E-mail Address/ Dirección de correo electrónico

Date of Birth (Month/Day/Year)/ Fecha de nacimiento (mes/día/año)

Telephone Number w/Area Code (Day)/ Número de teléfono con el código de área (día)

Telephone Number w/Area Code (Evening)/ Número de teléfono con el código de área (noche)

Section 2/ Sección 2 Change in Marital Status & Required Documents/ Cambio de estado civil y documentación requerida

Note: Required documents indicated in parenthesis must be attached with this form./ Nota: debe adjuntar los documentos requeridos indicados entre paréntesis con este formulario.

Please check the option that applies/ Marque la opción que corresponda:

- I have **married as of/ He contraído matrimonio el** ___/___/___ (month/day/year)/ (mes/día/año) **(Marriage Certificate)/ (Certificado de matrimonio).**
- I have **divorced as of/ Me he divorciado el** ___/___/___ (month/day/year)/ (mes/día/año) **(Divorce Certificate)/ (Certificado de divorcio).**
- I have **remarried as of/ He vuelto a contraer matrimonio el** ___/___/___ (month/day/year)/ (mes/día/año) **(Divorce Certificate or Death Certificate)/ (Certificado de divorcio o Certificado de defunción).**
- Other/ Otro _____ Date of event/ Fecha del acontecimiento: ___/___/___ (month/day/year)/ (mes/día/año)

Indicate your *spouse or former spouse's information/ Indique la información de su cónyuge* o ex cónyuge:

First Name/ Nombre Middle Name/ Segundo nombre Last Name/ Apellido Social Security Number/ Número de seguro social

Gender/ Sexo: Male/ Masculino Female/ Femenino

Telephone Number w/Area Code (Day)/ Número de teléfono con el código de área (día)

Telephone Number w/Area Code (Evening)/ Número de teléfono con el código de área (noche)

E-mail Address/ Dirección de correo electrónico

Date of Birth (Month/Day/Year)/ Fecha de nacimiento (mes/día/año)

Street Address/ Dirección

City/ Ciudad State/ Estado Zip Code/ Código postal

If married or remarried/ Si se ha casado o vuelto a casar:

Is your spouse currently enrolled in another healthcare plan?/ ¿Está su cónyuge actualmente inscrito en otro plan de atención médica? Yes/ Sí No/ No
If **yes**, please provide the name of your spouse's employer, the name of the insurance plan, the individual identification number and the effective date./ Si la respuesta es **sí**, indique el nombre del empleador de su cónyuge, el nombre del plan de seguro, el número de identificación de la persona y la fecha de entrada en vigencia.

Employer/ Empleador Plan Name/ Nombre del plan

Individual Identification Number/ Número de identificación de la persona 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 del mismo sexo: la elegibilidad está sujeta a la Política del Fondo. Comuníquese con Servicios para los Miembros para obtener una solicitud, llamando al (212) 388-3500.

Section 3/ Sección 3**Enrolling Dependent (s) & Required Documents/ Inscripción de los dependientes y documentación requerida**

Note: Required documents indicated in parenthesis must be attached with this form./ Nota: debe adjuntar los documentos requeridos indicados entre paréntesis con este formulario.

Please check the option that applies/ Marque la opción que corresponda:

I have a newborn child as of/ Tengo un hijo recién nacido a partir del ___/___/___ (month/day/year)/ (mes/día/año)

(Birth Certificate)/ (Certificado de nacimiento).

I have legally adopted a child as of/ He adoptado legalmente un hijo a partir del ___/___/___ (month/day/year)/ (mes/día/año)

(Birth Certificate & Court Certified Order of Adoption)/ (Certificado de nacimiento y Orden de adopción certificada por los tribunales).

I have a new step-child as of/ Tengo un nuevo hijastro a partir del ___/___/___ (month/day/year)/ (mes/día/año)

(Birth Certificate & Marriage Certificate)/ (Certificado de nacimiento y Certificado de matrimonio).

I am responsible for my grandchildren as of/ Soy responsable de mis nietos a partir del ___/___/___ (month/day/year)/ (mes/día/año)

(Birth Certificate & Court Certified Letter of Guardianship)/ (Certificado de nacimiento y Carta de tutela legal certificada por los tribunales).

I am responsible for the care of my disabled child who is over the plan's age limit as of/ Soy responsable del cuidado de mi hijo discapacitado que ha pasado el límite de edad del plan a partir del ___/___/___ (month/day/year)/ (mes/día/año)

(Proof of Total and Permanent Disability)/ (Comprobante de discapacidad total y permanente).

Number of new dependents/ Número de dependientes nuevos _____.

List additional dependents below or on a separate sheet of paper./ Enumere los dependientes adicionales a continuación o en una hoja aparte.

Dependent Information/ Información del dependiente**1**

_____ Gender/ Sexo: Male/ Masculino Female/ Femenino
 First Name/ Nombre Middle Name/ Segundo nombre Last Name/ Apellido Social Security Number/ Número de seguro social

_____ Biological Child/ Hijo biológico Adopted/ Hijo adoptado Step-child/ Hijastro Grandchild,
 Niece or Nephew
 Nieto, Sobrina o
 Sobrino

Date of Birth (Month/Day/Year)/ Fecha de nacimiento (mes/día/año)

2

_____ Gender/ Sexo: Male/ Masculino Female/ Femenino
 First Name/ Nombre Middle Name/ Segundo nombre Last Name/ Apellido Social Security Number/ Número de seguro social

_____ Biological Child/ Hijo biológico Adopted/ Hijo adoptado Step-child/ Hijastro Grandchild/ Nieto

Date of Birth (Month/Day/Year)/ Fecha de nacimiento (mes/día/año)

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), ingrésela en el espacio a continuación.

Street Address/ Dirección Apt. #/ N° de apartamento City/ Ciudad State/ Estado Zip Code/ Código postal

Is your dependent currently enrolled in another healthcare plan?/

¿Está su dependiente actualmente inscrito en otro plan de atención médica? Yes/ Sí No/ No

If **yes**, please write their name along with the name of the insurance carrier, identification and group number below./ Si la respuesta es **sí**, escriba el nombre junto con el nombre de la compañía de seguros, el número del grupo y de identificación a continuación.

First Name/ Nombre Middle Name/ Segundo nombre Last Name/ Apellido

Other insurance/ Otro seguro _____ Insurance Company Name/ Nombre de la compañía de seguros ID#/ N° de identificación Group#/ N° del grupo Effective Date/ Fecha de entrada en vigencia

Section 4/ Sección 4**Signature/ Firma**

I have read this Building Service 32BJ Benefit Funds form and I understand the information and documents I have been asked to provide. I have provided all of the information requested on this form, and I agree to provide documents to verify this information, if requested by the 32BJ Benefit Funds. I agree to immediately notify 32BJ Benefit Funds of any changes regarding the information I have provided. I understand that if I fail to notify the 32BJ Benefit Funds about such a change, it may result in the delay or denial of a 32BJ benefit. I affirm that all of the information I have provided is true./ He leído este formulario del Fondo de Beneficios del Servicio a Edificios 32BJ y comprendo la información y la documentación que se me solicita. He proporcionado toda la información solicitada en este formulario y estoy de acuerdo en proporcionar documentación para verificar dicha información, si el Fondo de Beneficios 32BJ así lo solicita. Estoy de acuerdo en notificar de inmediato al Fondo de Beneficios 32BJ sobre cualquier cambio con respecto a la información que he proporcionado. Comprendo que si no notifico al Fondo de Beneficios 32BJ sobre tal cambio, esto puede ocasionar un retraso o un rechazo de un beneficio 32BJ. Afirmo que toda la información que he proporcionado es verídica.

Participant Signature/ Firma del participante _____

Current Date (Month/Day/Year)/ Fecha actual (mes/día/año) _____

Please Mail or Fax to/ Envíe el formulario por correo postal o por fax a:

**Department of Eligibility • Building Services 32BJ Benefits Funds
 101 Avenue of the Americas • New York, NY 10013-1991 or Fax to 212-844-2717**

January 2008/ Enero 2008