



PLAN MÉDICO Y DE BIENESTAR DEL FIDEICOMISO DE EMPLEADOS PINTORES

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Fecha del evento: _____
Fecha de entrada
en vigencia: _____

MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA:

☐ Nueva inscripción ☐ Añadir persona a cargo ☐ Eliminar persona a cargo ☐ Cambio de plan ☐ Cambio de domicilio

NOMBRE COMPLETO DEL EMPLEADO: _____ N.º de SS: _____

DOMICILIO: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

NÚMERO DE TELÉFONO: (_____) _____ SEXO: _____ MASCULINO _____ FEMENINO

EMPLEADOR _____ FECHA DE CONTRATACIÓN: _____ SINDICATO LOCAL N.º _____

PLAN MÉDICO: (Proporcionado por)	PLAN ODONTOLÓGICO: (Proporcionado por)	PLAN OFTALMOLÓGICO: (Proporcionado por)
AETNA	CAREINGTON DENTAL **	VISION SERVICE PLAN (VSP)**
**Los beneficios odontológicos y oftalmológicos se excluyen de los beneficios de Encargados de Manipulación de Materiales y Pintores Residenciales		

NOTA: SI AGREGA ALGUNAS PERSONAS A CARGO QUE PARTICIPAN DE MEDICARE, INCLUYA UNA COPIA DE LA CREDENCIAL DE MEDICARE.

PERSONAS A CARGO - (Incluido cónyuge)

**DEBE ADJUNTAR LA DOCUMENTACIÓN LEGAL QUE CORRESPONDE PARA AGREGAR LAS PERSONAS
A SU CARGO:**

Certificado(s) de nacimiento para hijos, acta de matrimonio para el cónyuge, documentos de adopción legal, documentos de tutela legal

NOMBRE COMPLETO	N.º de SS	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	VÍNCULO
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Estoy de acuerdo en notificar a la Oficina del Fideicomiso dentro de los 30 días sobre cualquier cambio en la información anterior. Además, declaro que toda la información anterior es completa y correcta. Entiendo que es un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa con el fin de estafar para obtener la cobertura del plan. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas y denegación de beneficios.

FIRMA DEL EMPLEADO _____ **FECHA** _____

-AL DORSO-

Coordinación de beneficios

☐ Si usted o las personas a su cargo NO TIENEN ninguna otra cobertura de seguro, marque esta casilla y firme/coloque la fecha al pie de la página debajo de "Declaración del afiliado" (sección E)

Información del afiliado: Nombre y apellido: _____ N.º de SS o de identificación: _____

Otra persona asegurada (titular de la póliza):

Nombre y apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____ Vínculo con el miembro: _____

LA DOCUMENTACIÓN INCOMPLETA PODRÍA PROVOCAR RETRASOS EN EL PROCESAMIENTO DE RECLAMACIONES

OTRA INFORMACIÓN DE COBERTURA MÉDICA

A	¿Este plan incluye cobertura médica ? <input type="checkbox"/> Sí o <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿es este plan: <input type="checkbox"/> HMO o <input type="checkbox"/> PPO Nombre de la compañía de seguros para medicamentos recetados: _____ Teléfono: _____ Fecha de entrada en vigencia: _____ Número de póliza/grupo: _____
B	¿Este plan incluye cobertura odontológica ? <input type="checkbox"/> Sí o <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿es este plan: <input type="checkbox"/> HMO o <input type="checkbox"/> PPO Nombre de la compañía de seguros para medicamentos recetados: _____ Teléfono: _____ Fecha de entrada en vigencia: _____ Número de póliza/grupo: _____
C	¿Este plan incluye cobertura oftalmológica ? <input type="checkbox"/> Sí o <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿es este plan: <input type="checkbox"/> HMO o <input type="checkbox"/> PPO Nombre de la compañía de seguros para medicamentos recetados: _____ Teléfono: _____ Fecha de entrada en vigencia: _____ Número de póliza/grupo: _____
D	¿Este plan incluye cobertura de medicamentos con receta? <input type="checkbox"/> Sí o <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿es este plan: <input type="checkbox"/> HMO o <input type="checkbox"/> PPO Nombre de la compañía de seguros para medicamentos recetados: _____ Teléfono: _____ Fecha de entrada en vigencia: _____ Número de póliza/grupo: _____

Complete esta sección solo si sus hijos tienen cobertura de atención médica además de la mencionada anteriormente originada en un divorcio, separación, orden judicial o cobertura grupal relacionada con el empleo conyugal.

¿Existe una orden judicial que determine la responsabilidad de la cobertura de atención médica o la guarda y custodia? ☐ Sí o ☐ No
En caso afirmativo, adjunte una copia de las secciones que correspondan a la responsabilidad de atención médica o los acuerdos de guarda y custodia

Nombre y apellido de la persona responsable de la cobertura médica del niño		Empleador	Fecha de nacimiento
Nombre de la compañía de seguros	Ciudad de la compañía de seguros	Estado	Número de teléfono
Número de identificación/póliza del afiliado	Número de grupo	Fecha de entrada en vigencia	Fecha de cancelación (si corresponde)

Lista de todas las personas a cargo cubiertas:

1. _____	N.º de Seguro Social: ____ - ____ - ____
2. _____	N.º de Seguro Social: ____ - ____ - ____
3. _____	N.º de Seguro Social: ____ - ____ - ____
4. _____	N.º de Seguro Social: ____ - ____ - ____
5. _____	N.º de Seguro Social: ____ - ____ - ____

Seguro de guarda y custodia: 1. ¿Está divorciado o separado del progenitor de alguna de las personas a cargo en esta póliza mencionada anteriormente? ☐ Sí o ☐ No

• Si la respuesta es afirmativa, continúe, si la respuesta es negativa, pase a la sección E *****(Indique el niño marcando el círculo correspondiente)*****

2. ¿Un padre/tutor tiene la guarda y custodia total de los niños? ☐ Sí o ☐ No (en caso afirmativo, ¿de qué niño?) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6

• Padre: _____ Fecha: _____

3. ¿Se exige a uno de los padres por orden judicial que proporcione seguro médico a los niños? ☐ Sí o ☐ No ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6

• Padre: _____ Fecha: _____

****Si existe una orden judicial, proporcione evidencia en un ADJUNTO en la parte posterior de esta copia****

Medicare/Medicaid (si corresponde)	¿Está usted, o alguna otra persona de su póliza, cubierto por Medicare o Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí o <input type="checkbox"/> No	Nombre y apellido del titular de la póliza de Medicare	Número HIC de Medicare
---	--	--	------------------------

¿La persona cubierta está jubilada? ☐ Sí o ☐ No

La cobertura de Medicare se brinda con motivo de ☐ Edad o ☐ discapacidad

****La cobertura de Medicare incluye: (marque todo lo que corresponda, a continuación de la fecha de entrada en vigencia)****

Tipo: A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ Fecha de entrada en vigencia: A) _____ B) _____ C) _____ D) _____

Declaración del afiliado: La información anterior es verdadera y exacta a mi leal saber y entender. También sé que debo notificar a la Oficina del Fondo de inmediato si cualquiera de las personas a cargo que figuran en mi cobertura pasa a ser elegible para cualquier otra cobertura. Cualquier material enviado por mí mismo o en nombre de cualquier persona autorizada que contenga una alteración sustancial o información falsa o falsificada, incluidas las firmas, será rechazado. Los Directores se reservan el derecho de remitir dichos asuntos al asesor jurídico del Fondo para que tome las medidas adecuadas. Esto no limitará el derecho del Fondo a recuperar cualquier pérdida que sufra como resultado de dicho material en cualquier asunto.

E	Firma	Número de teléfono:	Fecha:
----------	-------	---------------------	--------

Instrucciones para completar la

Autorización para la Divulgación de Información Médica Protegida

Se incluye una sección para el afiliado/jubilado, cónyuge y, si corresponde, una sección para uno o más hijos a cargo mayores de 18 años.

Sección para afiliado/Sección para jubilado

1. Escriba su nombre y apellido y número de Seguro Social.
2. **Si está casado** y desea otorgar a su cónyuge autorización para obtener su información médica, ingrese su nombre y apellido y el vínculo (cónyuge); o **Si no está casado o desea otorgar a otra persona que no sea su cónyuge** autorización para obtener su información médica, ingrese su nombre y apellido y el vínculo (madre, padre, amigo, etc.).
3. **Si le otorga autorización a otra persona, firme y coloque la fecha en el formulario.**

O

Si no desea otorgar autorización a ninguna otra persona para que obtenga su información médica, coloque una "X" en la casilla donde dice "No deseo que mi información médica se divulgue a ninguna otra persona". **Firme y coloque la fecha debajo de la casilla.**

Sección para el cónyuge

1. Escriba su nombre y apellido y número de Seguro Social.
2. **Si desea otorgar a su cónyuge (afiliado/jubilado)** autorización para obtener su información médica, ingrese su nombre y apellido y el vínculo (cónyuge).
Si desea otorgar a otra persona que no sea su cónyuge autorización para obtener su información médica, ingrese su nombre y apellido y el vínculo (madre, padre, amigo, etc.), **firme y coloque la fecha en el formulario.**

O

Si no desea otorgar autorización a ninguna otra persona para que obtenga su información médica, coloque una "X" en la casilla donde dice "No deseo que mi información médica se divulgue a ninguna otra persona".

3. **Firme y coloque la fecha en el formulario debajo de la casilla.**
-

Sección para personas a cargo mayores de 18 años

1. Escriba su nombre y apellido y número de Seguro Social.
2. **Si desea otorgar a sus padres** autorización para obtener su información médica, ingrese nombre y apellido y el vínculo (padre, madre).
Si desea otorgar a otra persona que no sean sus padres autorización para obtener su información médica, ingrese nombre y apellido y el vínculo (madre, padre, amigo, etc.), **firme y coloque la fecha en el formulario.**

O

Si no desea otorgar autorización a ninguna otra persona para que obtenga su información médica, coloque una "X" en la casilla donde dice "No deseo que mi información médica se divulgue a ninguna otra persona".

3. **Firme y coloque la fecha en el formulario debajo de la casilla.**

Autorización para la Divulgación de Información Médica Protegida

SECCIÓN PARA AFILIADO/JUBILADO

Yo, (nombre y apellido en letra de imprenta y número de Seguro Social) _____ autorizo al Plan Médico y de Bienestar (en lo sucesivo, el "Plan") y sus socios comerciales a divulgar reclamaciones, pagos, elegibilidad y otro tipo de información médica sobre mí a las siguientes personas (seleccione 1 o 2 personas, si lo desea), en caso de que estas lo soliciten:

Nombre y apellido: _____ Vínculo: _____

Nombre y apellido: _____ Vínculo: _____

Entiendo que esta autorización caducará una vez que se cancele mi inscripción en el Plan, a menos que yo la revoque anticipadamente. Entiendo que tengo el derecho de revocarla en cualquier momento, salvo en la medida en que ya se haya obrado conforme la misma. Entiendo que si decido revocar esta autorización, debo notificar mi decisión por escrito y enviarla a:

The Employee Painters' Trust Health & Welfare Fund
18300 Cascade Ave S, Suite 141
Tukwila, WA 98188
P O Box 58830 • Tukwila, WA 98138
Teléfono 206-518-9730 • Línea gratuita 844-344-2721 • www.IUPATWesternBenefits.org

Entiendo que mi información médica que se divulgue de conformidad con esta autorización podrá ser divulgada, a su vez, por las personas que he identificado anteriormente, y el Plan no puede evitar ni proteger dichas divulgaciones, además entiendo que no estoy obligado a firmar este formulario para recibir mis beneficios de atención médica (inscripción, tratamiento o pago).

Firma del afiliado _____ Fecha de la firma: _____

☐ ☐ No deseo que mi información médica se divulgue a ninguna otra persona.

Firma del afiliado _____ Fecha de la firma: _____

SECCIÓN PARA EL CÓNYUGE

Yo, el cónyuge(nombre y apellido en letra de imprenta) _____, (número de Seguro Social del cónyuge) _____ del afiliado mencionado anteriormente, también he leído, entiendo y autorizo al Plan a divulgar reclamaciones, pagos, elegibilidad y otro tipo de información médica relacionada sobre mí a las siguientes personas (seleccione 1 a 2 personas, si lo desea) por los motivos y con las explicaciones mencionadas anteriormente, en caso de que estas lo soliciten:

Nombre y apellido: _____ Vínculo: _____

Nombre y apellido: _____ Vínculo: _____

Firma de _____ Fecha de la firma: _____

☐ ☐ No deseo que mi información médica se divulgue a ninguna persona.

Firma de _____ Fecha de la firma: _____

SECCIÓN PARA PERSONAS A CARGO MAYORES DE 18 AÑOS

Yo, el hijo a cargo mayor de 18 años(nombre y apellido en letra de imprenta) _____, (número de Seguro Social) _____ también he leído, entiendo y autorizo al Plan a divulgar reclamaciones, pagos, elegibilidad y otro tipo de información médica relacionada sobre mi persona a las siguientes personas (seleccione 1 a 2 personas, si lo desea) por los motivos y con las explicaciones mencionadas anteriormente, excepto en caso de que estas lo soliciten:

Nombre y apellido: _____ Vínculo: _____

Nombre y apellido: _____ Vínculo: _____

Firma de _____ Firmado: _____

☐ ☐ No deseo que se divulgue mi información médica a ninguna otra persona.

Firma de la persona a cargo _____ Fecha de la firma: _____

NOTA: En caso de que haya más de una persona mayor de 18 años a cargo, copie, complete y firme el número correspondiente de Formularios de autorización adicionales y entréguelos en la Oficina de Beneficios.



PLAN MÉDICO Y DE BIENESTAR DEL FIDEICOMISO DE EMPLEADOS PINTORES

Formulario de designación de beneficiario Beneficios por muerte y desmembramiento accidental

Nombre y apellido del afiliado: _____ Número de seguridad social: _____

NOMBRE DEL BENEFICIARIO DESIGNADO: (Beneficiario principal)		Fecha de nacimiento:		N.º de SS	
Vínculo		Porcentaje de beneficio a recibir			
Teléfono		Domicilio:			

NOMBRE DEL BENEFICIARIO:		Fecha de nacimiento:		N.º de SS	
Vínculo		Porcentaje de beneficio a recibir			
Teléfono		Domicilio:			

NOMBRE DEL BENEFICIARIO:		Fecha de nacimiento:		N.º de SS	
Vínculo		Porcentaje de beneficio a recibir			
Teléfono		Domicilio:			

NOMBRE DEL BENEFICIARIO CONDICIONAL (Beneficiario secundario)		Fecha de nacimiento:		N.º de SS	
Vínculo		Porcentaje de beneficio a recibir			
Teléfono		Domicilio:			

Designación de guarda y custodia

Si mi beneficiario mencionado anteriormente es menor de edad, por la presente designo a (nombre y apellido completos en letra de imprenta) _____ para actuar como persona a cargo de la guarda y custodia para recibir tales beneficios en nombre de dicho niño (o niños). Entiendo que puedo cambiar esta designación de guarda y custodia en cualquier momento. También entiendo que si no nombro a una persona a cargo de la guarda y custodia, los padres naturales del menor serán designados automáticamente como custodios. También entiendo que si el monto de la beneficio supera los \$10,000 y no nombro a una persona a cargo de la guarda y custodia, el beneficio no podrá pagarse hasta que el Tribunal Superior designe a un custodio.

NOMBRE DE LA PERSONA A CARGO DE LA GUARDA Y CUSTODIA:		Fecha de nacimiento		N.º de SS	
Vínculo		Domicilio:			
Teléfono					

*Si designa a más de un beneficiario, se les pagarán los beneficios en partes iguales, a menos que usted establezca que reciban porcentajes diferentes en la parte indicada de este formulario. Por ejemplo, si nombra dos beneficiarios, puede indicar que uno reciba 75% y el otro 25%. Los beneficios se pagarán a la persona que usted designe como beneficiario secundario solo en el caso de que sus beneficiarios designados hayan fallecido. Si no designa a un beneficiario o si todos sus beneficiarios designados han fallecido, las beneficios se pagarán de acuerdo con las normas del Fideicomiso.

Firma del afiliado: _____ Fecha: _____