



Instrucciones: Llene este formulario para inscribirse por primera vez en los planes administrados por la Oficina Administrativa de Carpenter Funds o para actualizar sus expedientes. Usted... ¿es empleado nuevo? O ¿está actualizando sus expedientes?



INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE		
Número de Seguro Social, N.º UBC o N.º ID CFAO	Fecha de nacimiento (MES/DÍA/AÑO)	
Nombre		
(Apellido)	(Nombre)	(Inicial)
Dirección		
Dirección (línea 2)		Número de teléfono
Ciudad	Estado	Código postal
Dirección electrónica para recibir divulgaciones obligatorias (voluntario)*	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
¿Desea que actualicemos su información de contacto en todos los expedientes del Sindicato de Carpinteros y el Comité de Capacitación de Aprendices (Apprenticeship Training Committee)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Empleador actual o el más reciente:		
¿Está jubilado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Sindicato local	Fecha de afiliación	
Ocupación	Tipo de destreza	
¿Se está inscribiendo como beneficiario de un participante fallecido? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Si ha respondido sí, por favor proporcione el número de Seguro Social del participante fallecido:		

OPCIÓN DE IDIOMA
¿Gustaría recibir correspondencia del Fondo en español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

SELECCIÓN DE PLAN MÉDICO	
Participante activo: Marque una sola opción a continuación. <input type="checkbox"/> Plan Médico de Indemnización (aplicará la coordinación de beneficios) <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente <input type="checkbox"/> Opción de beneficios internacionales	Participante jubilado: Marque una sola opción a continuación. <input type="checkbox"/> Plan Médico de Indemnización <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente <input type="checkbox"/> Health Net (no disponible para los participantes activos)

* El suministro de su dirección electrónica para recibir divulgaciones obligatorias es voluntario. Si proporciona esta dirección, se le enviarán divulgaciones obligatorias por correo electrónico. Consulte "Entrega electrónica de la correspondencia del Plan" en la página 4 para ver más información sobre sus derechos y responsabilidades.



Nombre del participante	N.º SS, N.º ID CFAO o N.º UBC del participante
--------------------------------	---

ESTADO CIVIL

Soltero
 Casado Fecha de matrimonio _____
 Separado Fecha de la separación _____
 Divorciado Fecha de la disolución _____ Nombre del excónyuge _____
 Viudo

DEPENDIENTES

Al añadir o retirar a un dependiente, **se requiere documentación certificada como se indica a continuación:**

- Adición del cónyuge: Proporcione una fotocopia legible de su acta de matrimonio certificada.
- Adición de un compañero doméstico: Complete un paquete de compañero doméstico.
- Retiro del cónyuge: Proporcione una copia de la disolución del matrimonio final incluyendo el acuerdo de resolución matrimonial. Deben ser registrados.
- Inscripción inicial de sus hijos dependientes, hijastros o de los hijos de su compañero doméstico: Proporcione una fotocopia legible de su acta de nacimiento certificada.
- Adición de hijos adoptados: Proporcione una copia de los papeles de adopción.
- Adición de niños de los cuales usted es tutor legal: Proporcione una copia de los papeles de tutela legal registrados.
- Si su hijo dependiente tiene 19 años de edad o más y está inscrito en Medicare, usted DEBE presentar una fotocopia de la tarjeta de Medicare de su dependiente.

<input type="checkbox"/> Cónyuge o <input type="checkbox"/> Compañero doméstico	Nombre y apellido	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social
--	-------------------	---------------------	-------------------------

Sexo: Masculino Femenino
 ¿El dependiente es elegible para Medicare? Sí No

Dirección (si es diferente del Participante):

Cuidad	Estado	Código postal
--------	--------	---------------

Hijo dependiente	Nombre y apellido	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social
-------------------------	-------------------	---------------------	-------------------------

Sexo: Masculino Femenino
 ¿El dependiente es elegible para Medicare? Sí No

Dirección (si es diferente del Participante):

Cuidad	Estado	Código postal
--------	--------	---------------

Hijo dependiente	Nombre y apellido	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social
-------------------------	-------------------	---------------------	-------------------------

Sexo: Masculino Femenino
 ¿El dependiente es elegible para Medicare? Sí No

Dirección (si es diferente del Participante):

Cuidad	Estado	Código postal
--------	--------	---------------

Hijo dependiente	Nombre y apellido	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social
-------------------------	-------------------	---------------------	-------------------------

Sexo: Masculino Femenino
 ¿El dependiente es elegible para Medicare? Sí No

Dirección (si es diferente del Participante):

Cuidad	Estado	Código postal
--------	--------	---------------

Si va a añadir dependientes adicionales, por favor incluya su información en otra hoja.



Nombre del participante	N.º SS, N.º ID CFAO o N.º UBC del participante
--------------------------------	---

BENEFICIARIOS: Llene la sección A O B a continuación. No es necesario llenar ambas.

Si necesita espacio adicional para listar a todos los beneficiarios, proporcione la información en una hoja adicional.

Nota: Las reglas del Plan disponen que a menos que se cumplan ciertos requisitos, su cónyuge legal será considerado su beneficiario de los beneficios de Carpenters Annuity Trust Fund for Northern California, Carpenters Pension Trust Fund for Northern California y el Plan 401(k) de Northern California Carpenters. **Si usted está casado y nombra a continuación a un beneficiario que no sea su cónyuge como el beneficiario de su pensión, anualidad y/o Plan 401(k), puede ser necesario que su cónyuge complete documentación adicional para consentir esa designación de beneficiario.** Si desea más información, consulte las Reglas y Reglamentos del Plan o comuníquese a la Oficina del Fondo de Fideicomiso al (888) 547-2054 o en benefitservices@carpenterfunds.com.

Sección A: Llene esta sección para nombrar al mismo beneficiario o beneficiarios en todos los fondos en los que participa.

Nombre completo del beneficiario	Relación	
Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social	
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal

Sección B: Llene esta sección para nombrar a un beneficiario o beneficiarios diferentes en los fondos en los que participa.

Fondo de Anualidad	Nombre completo	Relación
	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social
	Dirección	
	Ciudad	Estado
Fondo de Pensión	Nombre completo	Relación
	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social
	Dirección	
	Ciudad	Estado
Salud y Bienestar	Nombre completo	Relación
	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social
	Dirección	
	Ciudad	Estado
Fondo de Vacaciones	Nombre completo	Relación
	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social
	Dirección	
	Ciudad	Estado
Plan 401(k)	Nombre completo	Relación
	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social
	Dirección	
	Ciudad	Estado

Si cualquiera de los beneficiarios que listó en la sección A o en la sección B son menores, debe proporcionar la siguiente información:

Nombre del tutor (debe ser alguien que no sea usted):

Dirección del tutor:

Ciudad	Estado	Código postal
--------	--------	---------------



Nombre del participante	N.º SS, N.º ID CFAO o N.º UBC del participante
FIRMA DEL PARTICIPANTE	
<p><u>Entrega electrónica de la correspondencia del Plan:</u> Por lo general, los materiales se envían electrónicamente en formato de documento portátil (Portable Document Format, PDF) y son idénticos a las versiones impresas que ha estado recibiendo. No hay cargo por aceptar los materiales en línea. Va a necesitar una conexión a Internet y una computadora con un sistema operativo capaz de recibir, acceder y exhibir, y ya sea imprimir o guardar, los documentos electrónicos que reciba. Debe tener Adobe Reader para acceder a los archivos PDF. Aprenda más y baje Adobe Reader directamente del sitio Web de Adobe, www.adobe.com. Cambie su dirección electrónica en cualquier momento comunicándose a la Oficina del Fondo a benefitservices@carpenterfunds.com, al (510) 633-0333 o a la línea telefónica sin costo (888) 547-2054. El cambio se debe presentar por escrito e incluir su firma.</p> <p>Algunos de los documentos que se pueden enviar electrónicamente incluyen: Descripción Sumaria del Plan, Notificación de cambios al Plan, Explicación de beneficios, cartas del Departamento de Beneficios y Reclamaciones, cartas del Comité de Empleo Prohibido (Prohibited Employment Committee) y memoranda de los Fideicomisarios del Fondo.</p> <p>Su consentimiento para la entrega electrónica de los documentos del Plan es válido a menos, y hasta, que retire su consentimiento. Usted puede retirar su consentimiento y restablecer su preferencia por el correo en cualquier momento comunicándose a la Oficina del Fondo a benefitservices@carpenterfunds.com, al (510) 633-0333 o a la línea telefónica sin costo (888) 547-2054. El cambio se debe presentar por escrito e incluir su firma. Aunque la entrega electrónica puede reducir significativamente la cantidad de correspondencia que le enviamos por correo de EE. UU., ciertos documentos y correspondencia relacionada con el servicio se seguirán enviando por el correo de EE.UU. Además, puede solicitar una copia impresa de todos los documentos que reciba electrónicamente. A menos que nos indique otra cosa, su dirección electrónica se compartirá con el Sindicato de Carpinteros, el Comité de Capacitación de Aprendices y los Fondos de Fideicomiso de Carpenters.</p>	
<p>Solicito la afiliación al plan médico para las personas listadas, y acuerdo que acataremos las disposiciones del acuerdo de servicio de la Organización de Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) o los reglamentos del Plan de Indemnización, lo que aplique. Entiendo que todas las reclamaciones, inclusive las de negligencia médica, que surjan porque yo o una persona relacionada conmigo, creo o cree que una conducta de, o que surja de mi relación con la HMO, los hospitales de la HMO o el grupo médico de la HMO como miembro o paciente, ha causado algún daño, se debe someter a arbitraje obligatorio en lugar de un juicio penal. (Health Net no requiere que las reclamaciones de negligencia médica se sometan a un árbitro.)</p> <p><u>Acuerdo de arbitraje de Kaiser Foundation Health Plan:</u></p> <p>Entiendo que (excepto en los casos para tribunales de reclamaciones menores, reclamaciones sujetas a procedimientos de apelación de Medicare, y reclamaciones que no pueden quedar sujetas a arbitraje obligatorio bajo la ley vigente), cualquier disputa entre mi persona, mis herederos, parientes u otras partes asociadas por un lado, y Health Plan, sus proveedores de atención médica u otras partes asociadas por otro lado, debido a supuestas violaciones de cualquier obligación que surja de o esté relacionada con la afiliación en Health Plan, inclusive cualquier reclamación por negligencia médica u hospitalaria (una reclamación que indique que los servicios médicos eran innecesarios o no estaban autorizados o se brindaron de manera inapropiada, negligente o incompetente), por responsabilidad del local, o relacionada con la cobertura de, o el suministro de, servicios o artículos, independientemente de la teoría legal, se debe decidir por arbitraje obligatorio bajo las leyes de California y no por litigio o recurso en un proceso judicial, excepto como la ley aplicable lo disponga para la revisión judicial del proceso de arbitraje. Acepto renunciar a nuestro derecho a un juicio por jurado y aceptar el uso del arbitraje obligatorio. Entiendo que la disposición completa de arbitraje está contenida en la <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p> <p>Yo, por medio de la presente, certifico bajo pena de perjurio en virtud de las leyes del estado de California, que la información que se proporciona en este formulario es verídica, correcta y completa a mi mejor entender.</p>	
Firma	Fecha

Una vez que haya llenado este documento devuélvalo a:
Carpenter Funds Administrative Office of Northern California, Inc.
PO Box 2380, Oakland, California 94621-0180
benefitservices@carpenterfunds.com
Fax: (510) 633-0215