

**CARPENTER FUNDS ADMINISTRATIVE OFFICE  
OF NORTHERN CALIFORNIA**

265 Hegenberger Road, Suite 100  
Oakland, California 94621-1480

Tel. (510) 633-0333 ✧ (888) 547-2054 ✧ Fax (510) 633-0215  
benefitservices@carpenterfunds.com ✧ www.carpenterfunds.com



**ELECCIÓN PARA TERMINAR LA COBERTURA DE  
SALUD DE LA PAREJA DOMÉSTICA**

Complete este formulario solo si desea **cancelar la cobertura de salud** de su Pareja Doméstica y/o del Dependiente o Dependientes de su Pareja Doméstica.

Efectivo \_\_\_\_\_, yo elijo **cancelar** la cobertura de salud para:

- [ ] Mi Pareja Doméstica y sus Dependientes, si los hay.
- [ ] Solo los Dependientes de mi Pareja Doméstica. Enumere a continuación los nombres de las personas a cargo cuya cobertura debe ser cancelada.

El nombre del 1.º Dependiente: \_\_\_\_\_

El nombre del 2.º Dependiente: \_\_\_\_\_

El nombre del 3.º Dependiente: \_\_\_\_\_

**Entiendo que a mi Pareja Doméstica no se le permitirá volver a inscribirse por un periodo de seis meses. Entiendo que para que los dependientes de mi Pareja Doméstica sean elegibles, mi Pareja Doméstica también debe estar inscrita y sere elegible y debe pagar por adelanto los Impuestos Imputados correspondientes.**

Nombre del Participante (en letra de molde)

N.º de UBC, ID, o Seguro Social

Firma del Participante

Fecha