



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	
<p>Participante activo: Marque una sola opción a continuación.</p> <input type="checkbox"/> Plan Médico de Indemnización (aplicará la coordinación de beneficios) <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente (Número de Grupo: 26, 9068, 9076 o 35684) <input type="checkbox"/> Opción de beneficios internacionales	<p>Participante jubilado: Marque una sola opción a continuación.</p> <input type="checkbox"/> Plan Médico de Indemnización <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente (Número de Grupo: 26-30)

* 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

<input type="checkbox"/> Soltero					
<input type="checkbox"/> Casado	Fecha de matrimonio _____				
<input type="checkbox"/> Separado	Fecha de la separación _____				
<input type="checkbox"/> Divorciado	Fecha de la disolución _____	Nombre del excónyuge _____			
<input type="checkbox"/> 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
--	-------------------	---------------------	-------------------------

¿El dependiente es elegible para Medicare? Sí No

Dirección (si es diferente del Participante):

Ciudad	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):

Ciudad	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):

Ciudad	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):

Ciudad	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 Northern California Carpenters 401(k) Plan. **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 benefitsservices@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/Ausencias por enfermedad	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

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.

Kaiser Foundation Health Plan Arbitration Agreement

Entiendo que (con excepción de los casos del tribunal para reclamaciones menores, las reclamaciones sujetas a los procedimientos de apelaciones de Medicare o a las regulaciones del procedimiento de reclamaciones de ERISA [*Employee Retirement and Income Security Act*, Ley de Seguridad de 1974 sobre los Ingresos de los Empleados Retirados] y cualquier otra reclamación que no pueda someterse a arbitraje obligatorio según las leyes vigentes) toda disputa entre mi persona, mis herederos, familiares u otras partes asociadas, por un lado y, por otro lado, Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP), cualquier proveedor de atención médica contratado, administradores u otras partes asociadas contratados, por la supuesta violación de cualquier deber que se presente o esté relacionado con la membresía en KFHP, incluida toda reclamación por negligencia médica o del hospital (una reclamación que indica que un servicio médico era innecesario o no estaba autorizado, o bien que se prestó de forma incorrecta, negligente o incompleta), por responsabilidad civil de las instalaciones, o relativos a la cobertura o prestación de servicios o artículos, sin tomar en cuenta la teoría legal, deben decidirse a través de un arbitraje obligatorio, según la ley de California y no por medio de una demanda o recurso a un proceso judicial, excepto cuando la ley vigente indique una revisión judicial de la actuación arbitral. Acepto renunciar a nuestro derecho a un juicio con jurado y acepto el uso del arbitraje obligatorio. Entiendo que el folleto Evidencia de Cobertura incluye todas las disposiciones del arbitraje.

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.

Firma	Fecha
--------------	--------------

Entrega electrónica de la correspondencia del Plan: 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.

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.

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.

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.

Firma	Fecha
--------------	--------------

Una vez que haya llenado este documento devuélvalo a:

Carpenter Funds Administrative Office of Northern California, Inc.
P.O. Box 2380, Oakland, California 94614
benefitservices@carpenterfunds.com
Fax: (510) 633-0215