

# IMPORTANT INSTRUCTIONS TO HELP YOU ENROLL IN THE FUND

Welcome to the 1199 SEIU Greater New York Benefit Fund. To help you properly enroll in the Fund, please follow these instructions while completing the attached "Enrollment Form". Be assured that any information that you provide about yourself, your spouse and/or dependent(s) will be held in strictest confidence. Where applicable, answer each question completely (including the beneficiary section). Remember to attach a clear copy of any legal document(s) that need to accompany your enrollment form (*do not send originals*).

Please make sure that you **sign and date this form**, then mail it along with the required documents to:

## GNY Fund

Times Square Station, P.O. Box 1008, New York, New York 10108-1008

*The Fund will be unable to provide benefits to you or your eligible dependents if you do not complete this Enrollment Form and provide the required documents.*

Call the Benefit Fund at (212) 541-9150 if you have any questions or need assistance in completing the form.

## MEMBER INFORMATION

## SECTION ONE

In the spaces provided, please print your last name, first name and middle initial. Include your correct social security number, date of birth, sex, home address (*including your apartment number*), area code and home phone number.

- **Your Spouse** – If you are married, and wish to enroll your spouse, complete items 7 through 11. Be sure to fill in your **spouse's social security number and attach a copy of your marriage certificate and a copy of your spouse's birth certificate**. *Without both of these items, we will be unable to enroll your spouse.*
- **Your Child(ren)** – If you wish to enroll your dependent unmarried child(ren), print the first and last name of each child, followed by his/her date of birth, sex and social security number. If additional space is required, please attach a separate sheet. Please make sure that you include a copy of each dependent(s) birth certificate. Include Adoption Papers or a Court Placement Letter where applicable. *Failure to provide us with these documents will prevent your child(ren) from being enrolled.*

## YOUR EMPLOYER AND PRIOR EMPLOYMENT HISTORY

## SECTION TWO

- **Your Current Employer** – In the space provided, please print the name and address of the place where you are currently working. Next to item 19 on the form, fill in the month, day and the year you started working there. Please complete items 20 through 23. If you are a Registered Nurse, please  item 24.

### Multiple Employers:

- If you are currently working for another employer, please tell us this information by filling in items 25 through 30.
- **Your Prior Employment History** – Print the name and address of your last two (2) employers. Check  'Yes or No' to indicate whether any of these employers were affiliated with 144 or 1115. Indicate the date you first started working there and date your employment ended.

## COORDINATION OF BENEFITS

## SECTION THREE

### You, Your Child, Your Spouse

- YOU** – If you are currently being covered by any other **health insurer, other than** the Benefit Fund, please complete items 35 through 40.
- YOUR SPOUSE** – Does your spouse work? If 'YES', please print the name, address and phone number of his or her employer in items 32 through 34. Does that employer provide insurance coverage for your spouse? If your answer is 'YES' then please complete items 35 through 40.
- YOUR CHILD** – Is your child covered by any other health insurance through your spouse, Medicaid, or another parent? If your answer is 'YES', then please complete items 35 through 40 and 41 through 47 if applicable.

If you are not sure about the health insurance status of either your spouse or children, simply indicate the name of the Employer or other insurance carrier who may be providing coverage for them and we'll try to research the information. If you know for sure that there is no other health insurance, please  'NO'.

## BENEFICIARY INFORMATION

## SECTION FOUR

In the spaces provided, print the last name, first name, social security number, address, and date of birth of the person(s) to whom your Life Insurance is to be paid. State how the person(s) is related to you. *If the person is a minor (under age 18), indicate the name of the person who will act as the Guardian until the minor attains age 18 in the "Remarks Section".*

Please  check the "Primary" box for the person to whom you want this benefit paid. If you want to list another person in case your primary choice dies before you, mark this person as "Secondary".

This Beneficiary designation will not be legal unless you have signed this form.

# INSTRUCCIONES IMPORTANTES PARA AYUDARLE A INSCRIBIRSE EN EL FONDO

Bienvenido a 1199 SEIU Greater New York Benefit Fund. Para ayudarle a inscribirse en el Fondo, sírvase seguir estas instrucciones al llenar el "Formulario de inscripción" adjunto. Tenga la seguridad de que cualquier información suministrada por usted con respecto a usted mismo, su cónyuge y/o sus dependientes se mantendrá estrictamente confidencial. Según sea aplicable, conteste cada pregunta completamente (incluso la sección de beneficiarios). Recuerde anexar una copia claramente legible de cualquier documento legal que debe incluir con su formulario de inscripción (*no envíe los originales*).

Recuerde firmar y fechar el formulario y luego envíelo por correo junto con los documentos necesarios, a la siguiente dirección:

**GNY Fund**

**P.O. Box 1008, Nueva York, Nueva York 10108-1008**

*El Fondo no podrá enviarle su carnet de Identificación de Servicios Médicos ni proporcionar beneficios o a sus dependientes elegibles si no llena este Formulario de Inscripción y no incluye los documentos necesarios.*

Llame al Fondo de Beneficios al (212) 541-9150 si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar el formulario.

## DATOS DEL MIEMBRO

## SECCIÓN UNO

En los espacios provistos, sírvase escribir en letra de molde su apellido, nombre e inicial. Incluya su número de seguro social correcto, fecha de nacimiento, sexo, dirección de su domicilio (*incluso el número de su apartamento*), código de área y número de teléfono de su domicilio.

• **Su cónyuge** — Si usted está casado y desea inscribir a su cónyuge, llene los renglones 7 al 11. Cerciérese de llenar el número de seguro social de su cónyuge, anexar una copia de su certificado de matrimonio y incluye una copia del certificado de nacimiento de su cónyuge. *Si omite cualquiera de estos dos requisitos, no podremos inscribir a su cónyuge.*

• **Sus hijos/as** — Si desea inscribir a sus hijos/as dependientes que no están casados, escriba en letra de molde el nombre y apellido de cada hijo/a, seguido de su fecha de nacimiento, sexo y número de seguro social. Cerciérese de incluir una copia del certificado de nacimiento de cada dependiente. Incluya los Documentos de Adopción o una Carta de Tutelaje del Tribunal, cuando así sea necesario. *Si no nos proporciona estos documentos, no podremos inscribir a sus hijos/as.*

## SU EMPLEADOR SUS ANTECEDENTES DE EMPLEO ANTERIORES

## SECCIÓN DOS

• **Su Empleador Actual**— En el espacio provisto, escriba en letra de molde el nombre y dirección del lugar donde trabaja actualmente. Al lado del renglón 19 en el formulario, indique el mes, día y año en que comenzó a trabajar en dicho lugar. Sírvase llenar los renglones 20 al 23. Si usted es Enfermera Registrada, sírvase marcar con un ✓ el renglón 24.

### Múltiples empleadores

• Si usted trabaja actualmente para otro empleador, sírvase indicarnos esta información, llenando los renglones 25 al 30.

• **Sus Antecedentes de Empleos Anteriores** — Escriba en letra de molde el nombre y dirección de sus últimos dos (2) empleadores. Marque ✓ bajo "si" o "no" para indicar si alguno de estos empleadores estuvo afiliado con la 144 o 1115. Indique la fecha en que comenzó a trabajar en dicho lugar y la fecha de terminación de su empleo.

## COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

## SECCIÓN TRES

### Usted, su hijo/a, su cónyuge

☞ **USTED** — Si usted está cubierto actualmente bajo cualquier otro plan de seguro que no sea el Fondo de Beneficios, sírvase completar los renglones 35 al 40.

☞ **SU CÓNYUGE** — ¿Trabaja su cónyuge? Si la respuesta es "SÍ", sírvase escribir en letra de molde el nombre, dirección y número de teléfono del empleador de su cónyuge en los renglones 32 al 34. ¿Proporciona dicho empleador cobertura de seguro para su cónyuge? Si la respuesta es "SÍ", sírvase llenar los renglones 35 al 40.

☞ **SU HIJO/A** — ¿Está su hijo/a cubierto bajo cualquier otro seguro médico de su cónyuge, Medicaid o su otro padre/madre? Si la respuesta es "SÍ", sírvase llenar los renglones 35 al 40 y 41 al 47, en su caso.

Si no está seguro con respecto a la cobertura médica de su cónyuge o sus hijos/as, indique simplemente el nombre del empleador u otro asegurador que podría proporcionarles cobertura, y procuraremos obtener la información. Si sabe que sin duda no hay otro seguro médico, sírvase marcar ✓ NO.

## DATOS DE LOS BENEFICIOS

## SECCIÓN CUATRO

☞ En los espacios provistos, escriba en letra de molde el apellido, nombre, número de seguro social, dirección y fecha de nacimiento de la persona o personas a las cuales debe pagarse su seguro de vida. Indique el parentesco que dicha persona tiene con usted. *Si el beneficiario es un menor de edad (menor de 18 años), indique en la sección titulada "Comentarios" el nombre de la persona que actuará de tutor hasta que el menor cumpla los 18 años de edad.*

Sírvase marcar ✓ en la casilla "Primario" para indicar la persona a la cual desea que se pague este beneficio. Si desea incluir a otro beneficiario, en caso de que su beneficiario primario muriera antes de usted, marque esta persona como beneficiario "Secundario".

Esta designación de beneficiario carecerá de validez legal salvo que usted haya firmado este formulario.



32. NAME OF SPOUSE'S EMPLOYER: \_\_\_\_\_  
*Nombre del empleador del cónyuge*

33. EMPLOYER'S ADDRESS: \_\_\_\_\_  
*Dirección del empleador*  
 CITY: \_\_\_\_\_ STATE: \_\_\_\_\_ ZIP: \_\_\_\_\_  
*Ciudad Estado Zona Postal*

34. DOES YOUR SPOUSE HAVE OTHER HEALTH INSURANCE COVERAGE?  YES  NO  
*¿Tiene su cónyuge otra cobertura de seguro médico Sí No*

35. IF YES, NAME OF INSURANCE PLAN \_\_\_\_\_  
*Si la respuesta es sí, nombre del plan de seguro*

36. POLICY/GROUP NUMBER: \_\_\_\_\_  
*Número de póliza/grupo*

37. Please indicate the type of coverage: Hospital  Surgical  Major Medical   
*Por favor indique el tipo de cobertura: Hospital Quirúrgico Médico mayor*  
 Medical (Office Visits, Lab)  Vision  Dental   
*Médico (Visitas al consultorio, análisis de laboratorio) Visión Dental*

38. DOES THIS PLAN ALSO INCLUDE PRESCRIPTION COVERAGE?  YES  NO  
*¿Incluye este plan también la cobertura de receta médica? Sí No*

39. EFFECTIVE DATE OF COVERAGE \_\_\_\_\_  
*Fecha efectiva de la cobertura*

40. IS THIS COVERAGE INDIVIDUAL OR FAMILY?  IND.  FAMILY  
*¿Es esta cobertura individual o familiar? Ind. Familiar*

41. DOES YOUR DEPENDENT CHILD(REN) HAVE OTHER HEALTH INSURANCE?  YES  NO  
*¿Tienen sus hijos/as dependientes otro seguro médico? Sí No*

42. IS THIS INSURANCE THE SAME AS ABOVE?  YES  NO  
*¿Es este seguro el mismo que el indicado arriba? Sí No*

43. NAME OF OTHER PARENT: \_\_\_\_\_  
*Nombre del otro padre/madre*

44. NAME OF OTHER PARENT'S EMPLOYER: \_\_\_\_\_  
*Nombre del empleador del otro padre/madre*

45. ADDRESS OF OTHER PARENT'S EMPLOYER: \_\_\_\_\_  
*Dirección del empleador del otro padre/madre*  
 CITY: \_\_\_\_\_ STATE: \_\_\_\_\_ ZIP: \_\_\_\_\_  
*Ciudad Estado Zona Postal*

46. SOCIAL SECURITY #: \_\_\_\_\_ 47. DATE OF BIRTH: \_\_\_\_\_  
*Número de Seguro Social Fecha de nacimiento*

BENEFICIARY INFORMATION / DATOS DE BENEFICIARIOS

SECTION FOUR / SECCIÓN CUATRO

**BENEFICIARY INFORMATION—FOR YOUR LIFE INSURANCE.** Insert name and address of person(s) to whom your Life Insurance is to be paid. State how the person(s) are related to you. If a minor (under age 18), state age, and indicate the name of the person who will act as the Guardian in the Remarks Section below until the minor attains age 18. Please check the PRIMARY box for the person to whom you want this benefit paid. If you want to list someone else in case your PRIMARY choice dies before you, mark this person or person(s) as SECONDARY. If you want more than one person to share equally in this benefit, those individuals must be marked as PRIMARY. If additional space is needed, please use the "Remarks" below or attach a separate sheet. If you authorize the Fund to assign up to 1/3 of your insurance benefit directly to the Funeral Home or cemetery, in the event that the Fund is notified that your funeral expenses have not been otherwise paid or guaranteed to be paid, check the following box.

**DATOS DE BENEFICIARIOS — DE SU SEGURO DE VIDA.** Indique el nombre y dirección de la persona o personas a las cuales deberá pagarse su seguro de vida. Indique el parentesco que tiene dicha persona o personas con usted. En caso de un menor de edad (menor de 18 años de edad), indique en la sección titulada "Comentarios" más abajo la edad y el nombre de la persona que actuará como tutor hasta que el menor cumpla los 18 años de edad. Sírvase marcar la casilla PRIMARIO para indicar la persona a la cual desea que se pague este beneficio. Si desea designar a otra persona en caso de que su beneficiario PRIMARIO muriera antes que usted, marque la casilla SECUNDARIO al lado de esta persona. Si desea que este beneficio sea compartido a partes iguales entre más de una persona, dichas personas deberán indicarse como beneficiarios PRIMARIOS. Si necesita más espacio, sírvase usar la sección titulada "Comentarios" más abajo o anexar una hoja adicional. Si usted desea autorizar al Fondo que asigne hasta 1/3 de su beneficio de seguro de vida directamente a la Funeraria o cementerio en caso de que el Fondo sea notificado de que no han sido pagados o no se ha garantizado el pago de sus gastos de entierro, sírvase marcar esta casilla.

48. NAME OF BENEFICIARY (Last, First, Middle Initial) <i>Nombre del beneficiario (Apellido, nombre, inicial)</i>	SOCIAL SECURITY NUMBER <i>Número de Seguro Social</i>	<input type="checkbox"/> Primary Primario <input type="checkbox"/> Secondary Secundario	RELATIONSHIP TO MEMBER <i>Parentesco con el Miembro</i>	BIRTH DATE (if under 18) <i>Fecha de Nacimiento (menores de 18 años de edad)</i> Mo Day Year Mes Día Año
STREET ADDRESS OF BENEFICIARY <i>Dirección Postal del Beneficiario</i>	CITY <i>Ciudad</i>	STATE <i>Estado</i>	ZIP CODE <i>Zona Postal</i>	
49. NAME OF BENEFICIARY (Last, First, Middle Initial) <i>Nombre del Beneficiario (Apellido, nombre, inicial)</i>	SOCIAL SECURITY NUMBER <i>Número de Seguro Social</i>	<input type="checkbox"/> Primary Primario <input type="checkbox"/> Secondary Secundario	RELATIONSHIP TO MEMBER <i>Parentesco con el Miembro</i>	BIRTH DATE (if under 18) <i>Fecha de Nacimiento (menores de 18 años de edad)</i> Mo Day Year Mes Día Año
STREET ADDRESS OF BENEFICIARY <i>Dirección Postal del Beneficiario</i>	CITY <i>Ciudad</i>	STATE <i>Estado</i>	ZIP CODE <i>Zona Postal</i>	
50. NAME OF BENEFICIARY (Last, First, Middle Initial) <i>Nombre del Beneficiario (Apellido, nombre, inicial)</i>	SOCIAL SECURITY NUMBER <i>Número de Seguro Social</i>	<input type="checkbox"/> Primary Primario <input type="checkbox"/> Secondary Secundario	RELATIONSHIP TO MEMBER <i>Parentesco con el Miembro</i>	BIRTH DATE (if under 18) <i>Fecha de Nacimiento (menores de 18 años de edad)</i> Mo Day Year Mes Día Año
STREET ADDRESS OF BENEFICIARY <i>Dirección Postal del Beneficiario</i>	CITY <i>Ciudad</i>	STATE <i>Estado</i>	ZIP CODE <i>Zona Postal</i>	

REMARKS: *Comentarios:* \_\_\_\_\_

This Enrollment Form is for Fund use only and will not be released to any third party except where necessary for the administration and operation of the Fund, or where otherwise required by law. THE FOREGOING STATEMENTS ARE TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE TRUE AND COMPLETE. I AUTHORIZE ANY HOSPITAL, PHYSICIAN, OR OTHER HEALTH CARE PROVIDER TO RELEASE TO THE FUND AND ITS AGENTS ANY RECORDS OR INFORMATION, WITHOUT RESTRICTION, CONCERNING ME OR ANY MEMBER OF MY FAMILY RECEIVING BENEFITS FROM THE FUND. UNLESS I REVOKE IT IN WRITING, THIS AUTHORIZATION WILL BE EFFECTIVE AS LONG AS I AM A PARTICIPANT IN THE FUND. A PHOTOCOPY OF THIS AUTHORIZATION SHALL BE AS VALID AS THE ORIGINAL. I understand that under the terms of the Plan, the Fund has a right to be reimbursed for any money it pays on my behalf for expenses caused by a third party. If the Fund pays any such claims, it will have a lien on payments I receive from, or on behalf of, the third party and I agree to pay back the Fund for any payments it has made. This agreement will be effective for all benefits incurred while I am a participant in the Fund, even if I receive payments from or on behalf of a third party when I am no longer a participant. *Este formulario de inscripción es para uso por el Fondo solamente y no será divulgado a ningún tercero excepto cuando sea necesario para la administración y operación del Fondo o cuando de otra manera sea obligatorio por ley. A MI MEJOR SABER Y ENTENDER, LAS DECLARACIONES QUE ANTECEDEN SON VERDADERAS Y COMPLETAS. POR ESTE MEDIO AUTORIZO A CUALQUIER HOSPITAL, MÉDICO U OTRO PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA PARA QUE DIVULGUE A EL FONDO Y SUS AGENTES, CUALESQUIER EXPEDIENTES O INFORMACIÓN ALGUNA, CON RESPECTO A MÍ O A CUALQUIER MIEMBRO DE MI FAMILIA QUE RECIBIERA BENEFICIOS DEL FONDO. SALVO QUE REVOQUE ESTA AUTORIZACIÓN POR ESCRITO, PERMANESERÁ EN VIGOR MIENTRAS YO SEA PARTICIPANTE DEL FONDO. UNA FOTOCOPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN SERÁ IGUALMENTE VÁLIDA COMO EL ORIGINAL DE LA MISMA. Entiendo que bajo los términos del Plan, el Fondo tiene el derecho de ser reembolsado por cualquier dinero que pagara en mi nombre por concepto de gastos ocasionados por un tercero. Si el Fondo pagara cualquier tal reclamación, tendrá un gravamen sobre los pagos que yo recibiera de, o en nombre del tercero y acuerdo reintegrar al Fondo cualesquier pagos hechos por dicho Fondo. El presente acuerdo será válido con respecto a todos los beneficios incurridos mientras yo sea participante del Fondo, incluso si yo recibiera pagos de, o en nombre de un tercero cuando ya haya dejado de ser participante.*

MEMBER'S SIGNATURE *Firma del Miembro* \_\_\_\_\_ DATE *Fecha* \_\_\_\_\_

IF YOU DO NOT SIGN AND DATE THIS FORM IT WILL BE RETURNED TO YOU AND YOU WILL NOT BE ENROLLED.  
 SI NO FIRMA Y FECHA ESTA FORMULARIO, LE SERÁ DEVUELTO Y NO SE LE INSCRIBIRÁ.