



1199SEIU National Benefit Fund for Home Care Employees Plan

330 West 42nd Street, New York, NY 10036-6977 • www.1199SEIUBenefits.org • Tel (646) 473-9200 • Outside NYC Area Codes: (800) 575-7771

ENROLLMENT FORM FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Benefits are subject to each Fund's Summary Plan Description (SPD) and the discretion of that Fund.

Los beneficios están sujetos a la Descripción Abreviada del Plan (Summary Plan Description, SPD) de cada Fondo y a la discreción de dicho Fondo.

This Form is Strictly Confidential. You Must Answer All the Questions. Please Print Clearly in Black or Blue Ink.

Este formulario es estrictamente confidencial. Debe responder todas las preguntas. Escriba con claridad en letra de imprenta con tinta negra o azul.

SECTION ONE: MEMBER INFORMATION / SECCIÓN UNO: INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

1. Member's Full Name / Nombre completo del miembro

2. Social Security # / Número de Seguro Social

3. Date of Birth / Fecha de nacimiento

4. Gender / Sexo

5. Address / Dirección

City / Ciudad

State / Estado

Zip Code / Código postal

6. Home Telephone / Teléfono particular

7. Cellphone / Teléfono celular

8. Email / Correo electrónico

SECTION TWO: 1199SEIU EMPLOYER & EMPLOYMENT/ SECCIÓN DOS: EMPLEADOR DE 1199SEIU Y EMPLEO

9. Name of your 1199SEIU Employer / Nombre de su empleador de 1199SEIU

9a. Work Telephone / Teléfono en el trabajo

10. If you work for another 1199SEIU Employer, Name of other employer /
Si trabaja para otro empleador de 1199SEIU, nombre del otro empleador

10a. Job Title / Cargo

11. Address / Dirección

City / Ciudad

State / Estado

Zip Code / Código postal

12. Hire Date / Fecha de contratación

13. Hours Per Week / Horas por semana

14. Pay Per Week / Paga semanal Full-Time / Tiempo completo Part-Time / Tiempo parcial Per Diem / Remunerado con dieta Temp / Temporal

This enrollment form is for Fund use only, and it will not be released to any third party except where necessary for the administration and operation of the Fund, or where otherwise required by laws. The foregoing statements are to the best of my knowledge true and complete. I authorize any healthcare provider or contracted payor or insurer to release to the Fund and its agents any records of my information, without restriction 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 (SPD), 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 sólo es para el uso del Fondo y no será divulgado a terceros excepto cuando sea necesario para la administración u operación del Fondo, o cuando sea requerido por la ley. Los enunciados antedichos son verdaderos y completos según mi leal saber y entender. Autorizo a todo proveedor de atención de la salud o pagador o asegurador contratado a entregar al Fondo y sus agentes todos los registros con mi información, sin restricción. Una fotocopia de esta autorización será tan válida como el original parte del Fondo. Salvo que la revoque por escrito, esta autorización tendrá vigencia mientras sea un participante en el Fondo. Una fotocopia de esta autorización será tan válida como el original. Comprendo que bajo los términos del plan (SPD), el Fondo tiene el derecho a ser reembolsado por todo monto que pague en mi representación por gastos causados por un tercero. Si el Fondo paga cualquiera de dichas reclamaciones, tendrá un gravamen sobre los pagos que reciba de, o en representación del, tercero, y acepto reintegrar al Fondo por los pagos que haya efectuado. Este acuerdo regirá para todos los beneficios incurridos mientras sea un participante en el fondo, incluso si recibo pagos de, o en representación de, un tercero cuando ya no sea un participante.

Signature / Firma X _____ Date / Fecha _____

**IF YOU DO NOT SIGN AND DATE THIS FORM, IT WILL BE RETURNED TO YOU, AND YOU WILL NOT BE ENROLLED. /
SI USTED NO FIRMA Y PONE LA FECHA EN ESTE FORMULARIO, ÉSTE LE SERÁ DEVUELTO, Y NO SERÁ INSCRITO.**

The Fund believes it is a "grandfathered health plan" under the Patient Protection and Affordable Care Act, which means that this plan can preserve certain basic health coverage that was already in effect prior to the law, without certain new consumer protections. However, grandfathered health plans must comply with certain other new consumer protections like the elimination of lifetime limits on benefits. Questions can be directed to the Fund at (646) 473-9200, or the Employee Benefits Security Administration, U.S. Department of Labor at (866) 444-3272 or www.dol.gov/ebsa/healthreform.

El Fondo cree que tiene consideración de "plan de salud de derechos adquiridos" en virtud de la Ley de Medidas de Protección del Paciente y Cuidado de Bajo Costo (Patient Protection and Affordable Care Act), lo que significa que este plan puede preservar algunas características de la cobertura de salud básica que estaba en vigencia antes de la ley, sin algunas nuevas protecciones al cliente. Sin embargo, los planes de salud de derechos adquiridos deben cumplir con otras nuevas protecciones para el consumidor como la eliminación de los límites de por vida de los beneficios. Las preguntas pueden dirigirse al Fondo llamando al 646-473-9200, o a la Administración para la Seguridad de los Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos llamando al 1-866-444-3272 o en www.dol.gov/ebsa/healthreform.



1199SEIU National Benefit Fund for Home Care Employees Plan

330 West 42nd Street, New York, NY 10036-6977 • www.1199SEIUBenefits.org • Tel (646) 473-9200 • Outside NYC Area Codes: (800) 575-7771

報名表

РЕГИСТРАЦИОННАЯ ФОРМА

福利是依據各基金會的摘要計畫說明(SPD)並由該基金會自行決定。

Предоставляемые льготы разъяснены в кратком описании условий каждого плана (Summary Plan Description (SPD)) и могут быть изменены по усмотрению Фонда.

此表格是絕對保密。你必須回答所有問題。請用黑筆或藍筆填寫清楚。

Данная форма является строго конфиденциальной. Вы должны ответить на все вопросы. Пожалуйста, пишите разборчиво, печатными буквами, используя ручку с черными или синими чернилами.

第一部分: 會員資料 / РАЗДЕЛ 1: ИНФОРМАЦИЯ ОБ УЧАСТНИКЕ

1. 會員姓名 / Имя участника (полностью)

2. 社會安全號碼# / Номер социального страхования

3. 出生日期 / Дата рождения

4. 性別 / Пол

5. 地址 / Улица, номер дома и/или квартиры

城市 / Город

州 / Штат

郵遞區號 / Почтовый индекс

6. 住家電話 / Дом. телефон

7. 手機 / Моб. телефон

8. 電子郵件 / Эл. почта

第二部分: 1199SEIU 雇主 & 職業 / РАЗДЕЛ: ИНФОРМАЦИЯ О РАБОТОДАТЕЛЕ-ЧЛЕНЕ 1199SEIU И ЗАНИМАЕМОЙ ДОЛЖНОСТИ

9. 您1199SEIU 雇主名稱 / Название Вашего работодателя-члена 1199SEIU

9a. 工作電話 / Раб. телефон

10. 其他雇主名稱, 如果您有為另一個 1199SEIU 雇主工作 /

Если вы работаете на еще одного работодателя-члена 1199SEIU, укажите его название

10a. 工作職位 / Занимаемая должность

11. 地址 / Улица, номер дома и/или квартиры

城市 / Город

州 / Штат

郵遞區號 / Почтовый индекс

12. 雇用日期 / Дата приема на работу

13. 每週時數 / Часов в неделю

14. 每週支付 / Недельная зарплата 全職 / Полная ставка 兼職 / Неполная ставка 每日津貼 / Суточная оплата 臨時工 / Врем. работа

此報名表僅供基金會使用, 資料將不會發佈給任何第三者, 除非是在基金會的運作管理所需之下, 或法律另有其規定。上述聲明是以我所知最真實完整的。本人授權任何醫療保健供應商或承包付款人或保險公司其代理人發佈任何我資料的記錄給基金會, 而無任何從基金會來的限制。除非我以書面方式撤銷, 只要我參與基金會, 此授權將有效。此授權影本應視同有效原件。我明白根據該計畫(SPD)條款, 基金會將有權利補償因第三者以我的名義所造成任何支付的費用。如果基金會支付任何此類索賠, 它將對從我所收到的支付額有留置權, 或代表其第三者, 並同意償還基金會任何已付款項。當我在基金會是一位參與者時, 該協議將適用於所有福利, 即使我接受付款, 或代表其第三者, 當我不再是一位參與者。 /

Данная Регистрационная форма предназначена исключительно для использования Фондом и не будет передаваться третьим лицам, за исключением случаев, когда это необходимо для управления и функционирования Фонда или когда это требуется по тем или иным причинам действующим законодательством. Приведенная выше информация является, насколько мне известно, точной и полной. Я разрешаю всем врачам, медицинским учреждениям, контрактным плательщикам и страховщикам передавать Фонду или его агентам мою информацию, без каких-либо ограничений. Если я не отменю это разрешение в письменной форме, оно будет действительным в течение всего периода моего членства в Фонде. Ксерокопия этого разрешения является действительной в той же мере, что и оригинал. Я понимаю, что в соответствии с Условиями плана (SPD), Фонд имеет право на возмещение любых сумм, которые он вы платит от моего имени за расходы, вызванные третьей стороной. В том случае, если Фонд произведет такие платежи, он получит залоговое право на выплаты, полученные мною от/от имени третьей стороны, и я обязуюсь возместить Фонду все выплаченные им суммы. Это обязательство будет действовать в отношении всех льгот, полученных мною в период моего членства в Фонде, даже если я получу выплаты от/от имени третьей стороны после прекращения моего членства в Фонде.

簽名 / Подпись X _____

日期 / Дата _____

如果您不簽名並在此報名表上註明日期, 此表單將會退還給您, 您將不會被登記加入。 /

ЕСЛИ ВЫ НЕ ПОДПИШИТЕ ЭТУ ФОРМУ ИЛИ НЕ УКАЖЕТЕ ДАТУ ЕЕ ЗАПОЛНЕНИЯ, ОНА БУДЕТ ВОЗВРАЩЕНА ВАМ, И ВЫ НЕ БУДЕТЕ ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫ.

該基金會相信在保障病人和支付得起的醫療法案之下這是一個“祖父級的健康計劃”, 意味著該計劃可以保留某些在當時法令前已生效的基本醫療保險, 沒有特定新的消費者之保護法。然而, 祖父級的健康計劃必須遵照某些其他新消費者的保護法令, 就像消除終身利益的限制。任何問題可以直接向基金會聯繫(646) 473-9200或與員工福利安全管理局, 美國勞工部聯繫(866) 444-3272, 或上網查詢www.dol.gov/ebsa/healthreform。

Согласно Закону «О защите пациентов и доступности медицинской помощи» (Patient Protection and Affordable Care Act), Фонд относится к категории «grandfathered health plan». Это означает, что план может продолжать предоставление определенных базовых льгот медицинского страхования, которые предоставлялись на дату принятия Закона, но без необходимости соблюдения некоторых новых требований по защите прав потребителей. Тем не менее, планы медицинского страхования со статусом «grandfathered health plan» должны отвечать некоторым другим требованиям по защите прав потребителей, таким как требование об устранении пожизненных ограничений на льготы. С вопросами можно обращаться к специалистам Фонда по телефону 646-473-9200. Вы также можете связаться с Управлением по защите льгот работников (Employee Benefits Security Administration) Министерства труда США по телефону 1-866-444-3272 или посетить веб-сайт Министерства по адресу: www.dol.gov/ebsa/healthreform.