



# 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

## PLAN ELECTION FORM FORMULARIO DE ELECCIÓN DE PLAN

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. Member ID / Identificación del miembro

3. Social Security # / Número de Seguro Social

4. Date of Birth / Fecha de nacimiento

5. Gender / Sexo

6. Address / Dirección

City / Ciudad

State / Estado

Zip Code / Código postal

7. Home Telephone / Teléfono particular

8. Cellphone / Teléfono celular

9. Email / Correo electrónico

10. Employer Name / Nombre del Empleador

### SECTION TWO: PAYROLL DEDUCTION AUTHORIZATION / SECCIÓN DOS: AUTORIZACIÓN DE DEDUCCIÓN POR NÓMINA

Yes! I want coverage in the 1199SEIU National Benefit Fund for Home Care Employees Plan. I consent to my employer deducting the required \$5 weekly premium from my paycheck.

¡Sí! Quiero la cobertura del Fondo Nacional de Beneficios de 1199SEIU para el Plan para los Empleados de Cuidados en el Hogar. Acepto que mi empleador deduzca la prima semanal exigida de \$5 de mi cheque de pago.

### SECTION THREE: SELECT ONE PLAN / SECCIÓN TRES: SELECCIONE UN PLAN

**A.**  **Member Choice Home Care Select:**

Choose your Health Center from the enclosed list by using the corresponding code (for example: BX001)

Elija su centro de salud de la lista adjunta utilizando el código correspondiente (por ejemplo: BX001)

Note: If you do not specify a Health Center you will be automatically enrolled in one by the Fund.

Nota: Si usted no señala un centro de salud, será inscrito automáticamente en uno por el Fondo.

**B.**  **Panel Provider Plan** (Co-payments apply to this plan) / (Se aplican copagos a este plan)

Note: If you do not choose a plan, you will be automatically enrolled in Plan B: Panel Provider Plan

Nota: Si usted no elige un plan, será inscrito automáticamente en el Plan B: Panel Provider Plan

I hereby authorize my Employer to withhold the required premium, constituting my premium contribution to the 1199SEIU National Benefit Fund for Home Care Employees Plan (the "Plan"), from my wages whenever I am eligible, and to forward that amount to the Fund. This authorization is made voluntarily based on my specific understanding that (1) The payment of the required premium contribution is one of the conditions of my coverage in the Plan; and (2) The signing of this authorization form and the making of these payments are not conditions of my employment by my Employer or membership in any Union. The authorization shall remain in full force and effect until my Employer has received written notification from me of its termination. **I understand that the required premium will not be withheld during periods when I am ineligible and will be withheld once I resume eligibility.**

Por medio del presente, autorizo a mi Empleador para que retenga de mis salarios la cantidad de la prima exigida, lo que constituye mi contribución de prima al Fondo Nacional de Beneficios de 1199SEIU para el Plan para los Empleados de Cuidados en el Hogar (el "Plan"), cuando sea elegible y a enviar dicho monto al Fondo. Doy esta autorización en forma voluntaria con base en mi conocimiento específico de que (1) el pago de la contribución de prima requerida es una de las condiciones de mi cobertura en el Plan; y de que (2) la firma de este formulario de autorización y la realización de los pagos no son condiciones de empleo por parte de mi Empleador ni de membresía en ningún Sindicato. La presente autorización se mantendrá en plena vigencia hasta que mi Empleador haya recibido de mi parte una notificación escrita de su revocación. **Comprendo que la prima requerida no será retenida durante los períodos en que no sea elegible y será retenida nuevamente cuando vuelva a ser elegible.**

**Signature / Firma X** \_\_\_\_\_

**Date / Fecha** \_\_\_\_\_

**IF YOU DO NOT SIGN AND DATE THIS FORM, IT WILL BE RETURNED TO YOU, AND YOUR BENEFITS WILL BE TERMINATED.  
SI USTED NO FIRMA Y PONE LA FECHA EN ESTE FORMULARIO, ÉSTE LE SERÁ DEVUELTO, Y SUS BENEFICIOS SERÁN RESCINDIDOS.**



# 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

## 計畫選擇表格

### ФОРМА ВЫБОРА ПЛАНА

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: ЛИЧНЫЕ ДАННЫЕ УЧАСТНИКА

1. 會員姓名 / Имя участника (полностью)	2. 會員ID / Идентификационный номер члена	
3. 社會安全號碼# / Номер социального страхования	4. 出生日期 / Дата рождения	5. 性別 / Пол
6. 地址 / Улица, номер дома и/или квартиры		
城市 / Город	州 / Штат	郵遞區號 / Почтовый индекс
7. 住家電話 / Дом. телефон	8. 手機 / Моб. телефон	9. 電子郵件 / Эл. почта
10. 雇主姓名 / Работодатель		

#### 會員選擇家庭護理計畫 / РАЗДЕЛ 2: РАЗРЕШЕНИЕ НА УДЕРЖАНИЕ СТРАХОВОГО ВЗНОСА ИЗ ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЫ:

- 是的！我想要加入1199SEIU國家福利基金會給家庭護理雇員的保險計畫。我同意我的雇主從我的工資每週扣除\$5元保險費。
- Да! Я хочу подписаться на участие в плане 1199SEIU National Benefit Fund for Home Care Employees Plan. Я даю разрешение моему работодателю на удержание требуемого страхового взноса в размере \$5 из моей заработной платы.

#### 第三部分: 選擇一個計畫 / РАЗДЕЛ 3: Выбирать один план

**A.**  會員選擇家庭護理計畫 / План Member Choice Home Care Select: \_\_\_\_\_  
請從所附上的清單中使用相關代碼來選擇你的健康中心 (例如: BX001)  
Выберите медицинское учреждение из прилагаемого списка и укажите соответствующий код (например: BX001)  
請注意: 如果您不指定一家健康中心, 您將會由基金會自動幫您登記加入。  
Примечание: если Вы не выберете медицинское учреждение, Вы будете автоматически зарегистрированы Фондом в одном из них.

**B.**  健康保險供應計畫 (共同支付適用於該計畫) / План Panel Provider Plan (данный план требует доплат (co-payments))  
請注意: 如果您沒有選擇一個計畫, 您將會自動加入B計畫: 健康保險供應計畫  
Примечание: если Вы не выберете план, Вы будете автоматически зачислены в План B (Panel Provider Plan).

我本人在此授權我的雇主扣除所需的保費, 指定我的保險費捐助給1199SEIU國家福利基金會的家庭護理雇員計畫 (“計畫”), 每當我有資格時就從我的工資將該金額轉給基金會。自願作出這項授權是基於我具體明確了解 (1) 支付所需捐助的保費是該福利計畫保險條件之一; (2) 簽署本授權書及支付這些款項不是我雇主的聘用條件, 或是在任何工會成為會員。本授權將維持完全效力直到我的雇主收到我終止該計畫的書面通知。我了解所需的保費在我沒有符合資格期間將不會被扣除, 一旦我恢復資格將會被扣除。

Настоящим я разрешаю моему работодателю удерживать требуемую сумму страхового взноса за участие в плане медицинского страхования 1199SEIU National Benefit Fund for Home Care Employees Plan («План») из моей заработной платы и передавать эту сумму в Фонд. Данное разрешение дается мною добровольно на основе моего четкого понимания того, что (1) оплата страхового взноса является одним из условий моего членства в Плане и что (2) подписание мною данного разрешения и выплата вышеупомянутого страхового взноса не являются условиями моей работы на работодателя или членства в каком-либо профсоюзе. Данное разрешение будет оставаться действительным до тех пор, пока мой работодатель не получит от меня письменное уведомление о его отзыве. Я понимаю, что требуемый страховой взнос не будет удерживаться в периоды, в течение которых я не отвечаю критериям участия, и его удержание будет возобновлено тогда, когда я снова буду иметь право на участие.

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, 並且您的福利將會被終止。

ЕСЛИ ВЫ НЕ ПОДПИСАЛИ ЭТУ ФОРМУ И НЕ УКАЖЕТЕ ДАТУ ЕЕ ЗАПОЛНЕНИЯ, ОНА БУДЕТ ВОЗВРАЩЕНА ВАМ, И ВАШИ ЛЬБОТЫ БУДУТ ОТМЕНЕНЫ.