



Salud y seguridad Consejo del Distrito 16
Folleto de inscripción



INSTRUCCIONES DE INSCRIPCIÓN

POR FAVOR LEA ESTAS INSTRUCCIONES CUIDADOSAMENTE ANTES DE COMPLETAR EL FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN ADJUNTO. Para inscribirse e inscribir a sus dependientes elegibles en el Plan de Salud y Bienestar del Norte de California del Consejo del Distrito 16, debe completar todos los Formularios de inscripción que se incluyen en este Folleto de inscripción. **Asegúrese de proporcionar toda la información solicitada en los Formularios de inscripción de manera completa y precisa, *la inscripción no se otorgará sin la documentación adecuada.**

Para elegir la mejor opción de plan para su familia, consulte los Planes S.B.C. y SPD para conocer las opciones y las normas del plan.

***PARA INSCRIBIRSE POR PRIMERA VEZ O CAMBIAR A UN DEPENDIENTE, SE REQUIEREN LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS, Y DEBEN PRESENTARSE CON LOS FORMULARIOS DE INSCRIPCIÓN:**

- COPIAS DEL CERTIFICADO DE MATRIMONIO O DIVORCIO
- DECLARACIÓN JURADA DE PAREJA DE HECHO Y VERIFICACIÓN DEL REGISTRO DE PAREJA DE HECHO DEL ÓRGANO GUBERNAMENTAL AUTORIZADO PARA PROCESAR DICHO REGISTRO
- COPIAS DE CERTIFICADOS DE NACIMIENTO PARA NIÑOS DEPENDIENTES (A ENTREGAR dentro de los 60 días de la fecha de nacimiento)
- NIÑOS DE CRIANZA Y ADOPTADOS: LOS DOCUMENTOS DEL TRIBUNAL QUE OTORGAN ADMINISTRACIÓN O ADOPCIÓN

DEPENDIENTE ELEGIBLE E INSCRIPCIÓN - ¿QUIÉN ES ELEGIBLE?:

Cuando califica para los beneficios, los siguientes dependientes también podrían estar cubiertos:

- **Su cónyuge o pareja de hecho registrada**
- **Hijos menores de 26 años de edad:**
 - Hijos naturales (proporcionar certificado de nacimiento dentro de los 60 días posteriores a la fecha de nacimiento)
 - Los hijastros que residen con usted y dependen de usted para recibir apoyo y uno de sus padres
 - Niños adoptados legalmente y niños de crianza
 - Niños para los cuales ha sido nombrado tutor legal

Por favor diríjase a la Descripción de resumen del plan (SPD) para conocer las calificaciones de elegibilidad y reglas de los dependientes completas.

Los padres de los participantes NO son elegibles para participar en este plan de salud

Sitio web del fondo fiduciario: Para obtener información adicional, visite <https://www.dc16trustfund.org> donde encontrará acceso EN LÍNEA a todos los documentos del Plan de Salud y Bienestar, incluyendo este Folleto de Inscripción, todos los Resúmenes de Beneficios y Cobertura (S.B.C.), descripción de resumen del Plan (S.P.D.), formularios y enlaces útiles. **También tiene acceso a un portal seguro donde puede iniciar sesión y ver información personalizada en tiempo real sobre los beneficios de su plan de salud, horarios y otra información importante.**

Use el sobre adjunto para enviar por correo su folleto completo a la Oficina de Fondo. La dirección de la Oficina de Fondo es:

PLAN DE SALUD Y BIENESTAR DEL NORTE DE CALIFORNIA DEL CONSEJO DEL DISTRITO 16

4160 Dublin Boulevard, Suite 100

Dublin, CA 94568-7756

(800) 922-9902 * Fax: (925) 833-7301

<https://www.dc16trustfund.org>

dc16info@hsba.com

CONTINUACIÓN PARA LOS DATOS PERSONALES Y DE SUS DEPENDIENTES

COMPLETE LA SIGUIENTE SECCIÓN E INCLUYA UNA COPIA DE LA TARJETA DE MEDICARE SI USTED O UN DEPENDIENTE ESTÁ INSCRITO EN MEDICARE:

POR FAVOR, LISTE EL NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE MEDICARE:	RECIBIENDO PARTE A: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> RECIBIENDO PARTE B: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	FECHA DE VIGENCIA A: _____ FECHA DE VIGENCIA B: _____
POR FAVOR LISTE EL NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE DIÁLISIS:	RECIBIÓ TRASPLANTE DE RIÑÓN: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> RECIBE DIÁLISIS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	FECHA DEL TRASPLANTE: _____ FECHA DEL PRIMER TRATAMIENTO: _____

DIRECCIÓN ADICIONAL E INFORMACIÓN DEL SEGURO

POR FAVOR, LISTE A CUALQUIER DEPENDIENTE CON UNA DIRECCIÓN DIFERENTE A LA DIRECCIÓN DE LOS MIEMBROS:

DEPENDIENTE: _____ DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ C.P.: _____

DEPENDIENTE: _____ DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ C.P.: _____

POR FAVOR, LISTE A CUALQUIER DEPENDIENTE QUE TENGA DERECHO A BENEFICIOS DE OTRO GRUPO DE ATENCIÓN MÉDICA, SEGURO O PLAN MÉDICO PREPAGADO:

DEPENDIENTE: _____ DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ C.P.: _____

Acuerdo de Arbitraje del Plan de Salud de Kaiser Permanente: Comprendo que (a excepción de los casos del Tribunal de reclamos menores, los reclamos sujetos a un procedimiento de apelación de Medicare, y si mi Grupo debe cumplir con ERISA, ciertas disputas relacionadas con los beneficios) cualquier disputa entre yo, mis herederos u otras partes asociadas, por un lado y el Plan de Salud Kaiser Permanente, sus proveedores de atención médica u otras partes asociadas, por otro lado, por presunta violación de cualquier obligación que surja de o relacionada con la membresía en el Plan de Salud, incluyendo cualquier reclamo por negligencia médica u hospitalaria, por responsabilidad del establecimiento, o en relación con la cobertura o la entrega de servicios o artículos, independientemente de la teoría legal, debe decidirse mediante un arbitraje vinculante según la ley de California y no mediante una demanda o recurso a un proceso judicial, excepto que la ley aplicable estipule la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Estoy de acuerdo en renunciar a mi derecho a un juicio por jurado y acepto el uso del arbitraje obligatorio. Comprendo que la disposición completa de arbitraje está contenida en la Evidencia de cobertura.

Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____

DEBE FIRMAR PARA PROCESAR LA SELECCIÓN DE INSCRIPCIÓN DE "KAISER". SI NO FIRMA ARRIBA SERÁ INSCRITO EN LA "RED DE LA CRUZ"

SI SELECCIONÓ EL PLAN KAISER Y HA SIDO ANTERIORMENTE CUBIERTO POR KAISER PERMANENTE, PROPORCIONE SU NÚMERO DE REGISTRO MÉDICO KAISER ORIGINAL:

BENEFICIARIO DEL BENEFICIO POR MUERTE

NOMBRE COMPLETO Y DIRECCIÓN DE LOS BENEFICIARIOS	RELACIÓN	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:	FECHA DE NACIMIENTO	%

DEBE FIRMAR A CONTINUACIÓN PARA PROCESAR SU SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN:

NOMBRE COMPLETO:

FIRMA:

FECHA:
