



Service. Security. Stability.

CHICAGO REGIONAL COUNCIL OF CARPENTERS WELFARE FUND

12 EAST ERIE STREET ~ CHICAGO, IL 60611

(312) 787-9455, OPTION 3

FAX: 312-951-1515



2010 Participant Information Form

Instrucciones: **Escriba Claramente en tinta.** Debe llenar esta forma en su totalidad, firmarla y regresarla a la oficina del Fondo en el sobre incluido **lo mas pronto posible.** Usted puede regresarlo por fax al número mencionado hacia arriba. Si falta de llenarla **POR COMPLETO** se le regresara la forma y esto demorara el pago de los cobros para usted y sus dependientes.

Parte #1 – Información del Participante				
Apellido del Participante: Nombre	Inicial del Segundo Nombre	1. Número de Seguro Social o Numero de Impuestos Individual (ITIN)	2. Número de Identificación de la tarjeta de Blue Cross Blue Shield	
Domicilio del Participante		3. Ciudad	4. Estado	5. Zona Postal
6. Fecha de Nacimiento	7. Genero: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	8. Estado Civil: (Escoger uno) <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo		
9. Número de Teléfono: ()		10. Número de celular: ()		
11. Correo Electrónico:		11. Tiene usted Medicare o Tricare? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si lo tiene, indique el número de Medicare/Tricare (HIC):		
Parte #2 – Información de su Cónyuge				
Apellido del Cónyuge	Nombre	Inicial del Segundo Nombre	1. (Mandatario) Número de Seguro Social o Número de Impuestos Individual (ITIN)	
2. Fecha de Nacimiento / /	3. Número de Teléfono: ()		4. Tiene usted Medicare o Tricare? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si lo tiene, indique el número de Medicare/Tricare (HIC):	
5. Esta empleado su cónyuge?: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es que si: Nombre del Empleador:			6. Número de Teléfono del Empleador: ()	
7. Domicilio del Empleador:		8. Ciudad	9. Estado	10. Zona Postal
Parte #3 – Información de sus Dependientes. Debe de llenar por completo o la forma se le regresara como incompleta.				
1a. Apellido del Dependiente	Nombre	Inicial del Segundo Nombre	1b. Fecha de Nacimiento del Dependiente / /	1c. Genero del Dependiente: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
1e. Radica el dependiente mencionado arriba con el Participante en el mismo domicilio: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si no, indique el domicilio			1d. Relación con el Participante: <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Otro Explique Otro:	
1f. Tiene Medicare o Tricare el dependiente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si lo tiene, indique el número de Medicare/Tricare (HIC):			Ciudad: Estado:	
2a. Apellido del Dependiente	Nombre	Inicial del Segundo Nombre	2b. Fecha de Nacimiento del Dependiente / /	2c. Genero del Dependiente: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
2e. Radica el dependiente mencionado arriba con el Participante en el mismo domicilio: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si no, indique el domicilio			2d. Relación con el Participante: <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Otro Explique Otro:	
2f. Tiene Medicare o Tricare el dependiente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si lo tiene, indique el número de Medicare/Tricare (HIC):			Ciudad: Estado:	
3a. Apellido del Dependiente	Nombre	Inicial del Segundo Nombre	3b. Fecha de Nacimiento del Dependiente / /	3c. Genero del Dependiente: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
3e. Radica el dependiente mencionado arriba con el Participante en el mismo domicilio: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si no, indique el domicilio			3d. Relación con el Participante: <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Otro Explique Otro:	
3f. Tiene Medicare o Tricare el dependiente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si lo tiene, indique el número de Medicare/Tricare (HIC):			Ciudad: Estado:	
4a. Apellido del Dependiente	Nombre	Inicial del Segundo Nombre	4b. Fecha de Nacimiento del Dependiente / /	4c. Genero del Dependiente: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
4e. Radica el dependiente mencionado arriba con el Participante en el mismo domicilio: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si no, indique el domicilio			4d. Relación con el Participante: <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Otro Explique Otro:	
4f. Tiene Medicare o Tricare el dependiente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si lo tiene, indique el número de Medicare/Tricare (HIC):			Ciudad: Estado:	
5. Necesita mencionar más dependientes? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es necesario por favor menciónelos en otro papel por separado y regréselo junto con esta forma.				
Parte #4 – Información Sobre Otra Cobertura				
1. Tiene usted, su cónyuge o dependientes cobertura bajo otro Plan Medico, Dental o de Visión?: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			2. Si la tiene, el nombre de la otra cobertura es:	
3. Número de Póliza:	4. Número de Teléfono de la otra cobertura: ()	5. Los miembros de Familia asegurados con la otra cobertura (mencione todos los que apliquen <input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Todo los Dependientes <input type="checkbox"/> Dependiente Mencione Nombre(s):		
POR FAVOR ENVIE UNA COPIA DE LA TARJETA DE LA OTRA COBERTURA POR EL LADO SUPERIOR Y INFERIOR Y/O LA TARJETA DE MEDICARE CUANDO REGRESE ESTA FORMA				
Declaración: Es fraudulento llenar esta forma con información incorrecta o conscientemente omitir información o hechos importantes. Penalidades civiles o criminales podrán resultar de tal acto. Si cualquiera de la información que yo llene es incorrecto, yo estoy de acuerdo en reembolsar el Chicago Regional Council Of Carpenters Welfare Fund por cual quier cantidad de dinero que fue inducido a pagar como el resultado de la información que yo proporcione. Recibo de esta forma no es una garantía de elegibilidad.				
X _____ Firma del Participante		_____ X _____ Firma del Cónyuge		_____ X _____ Fecha