



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 Forma Informacyjna Uczestnika

Instrukcje: **Prosze Drukowac Wyraznie Atramentem.** Prosze wypelnic ta forme w calosci, podpisac ja i odeslac w kopercie zwrotnej do dnia **31-go maja, 2010 roku.** Ta informacje tez mozna przeslac faksem pod powyzszy numer faksu. **Jesli forma nie zostanie wypelniona w calosci,** platnosci wszelkich roszczen zdrowotnych beda opoznione.

Part 1 – Informacja Uczestnika					
1. Nazwisko		Imie		Inicjal Srodkowego Imienia	
2. Numer Soc. Sec. lub Numer Individual Tax ID (ITIN):			3. Numer I.D. BCBS		
4. Adres Domowy			5. Miasto		6. Stan
7. Kod Pocztowy					
8. Data Urodzenia: / /		9. Plec: <input type="checkbox"/> Meczczyna <input type="checkbox"/> Kobieta		10. Status Malzenski: (Zaznacz Jedno) <input type="checkbox"/> Panna/Kawaler <input type="checkbox"/> Poslubny <input type="checkbox"/> W Separacji <input type="checkbox"/> Rozwiedzony <input type="checkbox"/> Wdowiec/Wdowa	
11. Numer Telefonu: ()			12. Numer Komorki: ()		
13. Adres Email:			14. Czy korzystasz z Medicare lub Tricare? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jesli tak, podaj numer Medicare Claim/Karty Tricare (HIC):		
Part 2 – Informacja o Malzonku					
1. Nazwisko		Imie		Inicjal Srodkowego Imienia	
2. Numer Soc. Sec. lub Numer Individual Tax ID (ITIN) (Obowiazkowe):					
3. Data Urodzenia / /		4. Numer Telefonu: ()		5. Czy korzystasz z Medicare lub Tricare? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jesli tak, podaj numer Medicare/Karty Tricare (HIC):	
6. Czy Zona/ Maz jest Zatrudniona(y)? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jesli tak, Nazwa Pracodawcy:			7. Numer Telefonu Pracodawcy ()		
8. Adres Pracodawcy			9. Miasto		10. Stan
					11. Kod Pocztowy
Part 3 – Dane o Dzieciach na Utrzymaniu. Wypelnij wszystkie informacje aby forma nie zostala zwrcona jako niekompletna.					
1a. Nazwisko Dziecka		Imie		Inicjal	
1b. Data Dziecka Urodz. / /		1c. Dziecka Plec: <input type="checkbox"/> Chlopiec <input type="checkbox"/> Dziewcz		1d. Pokrewienstwo do Uczestnika: <input type="checkbox"/> Syn <input type="checkbox"/> Corka <input type="checkbox"/> Inne Wytlumacz Inne:	
1e. Czy powyzej wymienione dziecko mieszka pod tym samym adresem co Uczestnik: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jesli nie, podaj adres: Miasto: Stan:			1f. Czy Dziecko jest na Medicare lub Tricare? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jesli tak, podaj numer Medicare/Karty Tricare (HIC):		
2a. Nazwisko Dziecka		Imie		Inicjal	
2b. Data Dziecka Urodz. / /		2c. Dziecka Plec: <input type="checkbox"/> Chlopiec <input type="checkbox"/> Dziewcz		2d. Pokrewienstwo do Uczestnika: <input type="checkbox"/> Syn <input type="checkbox"/> Corka <input type="checkbox"/> Inne Wytlumacz Inne:	
2e. Czy powyzej wymienione dziecko mieszka pod tym samym adresem co Uczestnik: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jesli nie, podaj adres: Miasto: Stan:			2f. Czy Dziecko jest na Medicare lub Tricare? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jesli tak, podaj numer Medicare/Karty Tricare (HIC):		
3a. Nazwisko Dziecka		Imie		Inicjal	
3b. Data Dziecka Urodz. / /		3c. Dziecka Plec: <input type="checkbox"/> Chlopiec <input type="checkbox"/> Dziewcz		3d. Pokrewienstwo do Uczestnika: <input type="checkbox"/> Syn <input type="checkbox"/> Corka <input type="checkbox"/> Inne Wytlumacz Inne:	
3e. Czy powyzej wymienione dziecko mieszka pod tym samym adresem co Uczestnik: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jesli nie, podaj adres: Miasto: Stan:			3f. Czy Dziecko jest na Medicare lub Tricare? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jesli tak, podaj numer Medicare/Karty Tricare (HIC):		
4a. Nazwisko Dziecka		Imie		Inicjal	
4b. Data Dziecka Urodz. / /		4c. Dziecka Plec: <input type="checkbox"/> Chlopiec <input type="checkbox"/> Dziewcz		4d. Pokrewienstwo do Uczestnika: <input type="checkbox"/> Syn <input type="checkbox"/> Corka <input type="checkbox"/> Inne Wytlumacz Inne:	
4e. Czy powyzej wymienione dziecko mieszka pod tym samym adresem co Uczestnik: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jesli nie, podaj adres: Miasto: Stan:			4f. Czy Dziecko jest na Medicare lub Tricare? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jesli tak, podaj numer Medicare/Karty Tricare (HIC):		
5. Czy potrzebujesz wymienic dodatkowe osoby na utrzymaniu? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jesli tak, prosze ich wymienic na oddzielnej kartce i dolaczyc do tej formy.					
Part 4 – Informacja o Innym Ubezpieczeniu					
1. Czy ty, twoj malzonek lub dzieci na utrzymaniu sa ubezpieczone pod innym planem szpitalnym, medycznym, dentystycznym? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie			2. Jesli tak, podaj nazwe ubezpieczenia:		
3. Numer Polisy:		4. Numer telefonu do ubezpieczenia: ()		5. Czlonki rodziny ktore sa pokryte pod tym planem (zaznacz wszystkie co dotyczy): <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Malzonka <input type="checkbox"/> Wszystkie Dzieci <input type="checkbox"/> Dziecko Podaj imie/imiona:	
PROSZE DOLACZYĆ KOPIE OBU STRON KARTY INNEGO UBEZPIECZENIA I LUB KARTY MEDICARE WŁACZNIE Z TA FORMA					
Deklaracja: Jest to oszustwo aby wypelniac ta forme z wiedza ze powyjsza informacja jest falszywa lub swiadomie pomijac wazne fakty. Kryminalne i/lub cywilne kary moga wyniknac z takiego dzialania. Jezeli powyzej podana informacja jest nie prawda, zgadzam sie do zwrotu kosztow do Chicago Regional Council of Carpenters Welfare Fund ktore zostaly wywolane przez ta falszywie podana informacja. Otrzymanie tej formy nie gwarantuje kwalifikacji.					
X _____ Podpis Uczestnika			X _____ Podpis Zony/Meza		
_____ Data			_____ Data		