

Enroll a Dependent or Change a Dependent's Status Form/ Formulario para la inscripción de un dependiente o cambio del status de un dependiente
Building Service 32BJ Benefit Funds/ Fondo de Beneficios del Servicio a Edificios 32BJ



Questions? Call Member Service at (212) 388-3500./ ¿Tiene alguna pregunta? Comuníquese con Servicios para los Miembros llamando al (212) 388-3500.

Instructions: Please print in black or blue ink. Do not tape or staple./ Instrucciones: escriba en tinta negra o azul. No pegue cinta adhesiva ni engrape este formulario.

Section 1/ Sección 1 Participant Information/ Información del participante

First Name/ Nombre Middle Name/ Segundo nombre Last Name/Apellido

Social Security Number/ Número de seguro social

Gender/Sexo Male/ Masculino Female/ Femenino

Date of Birth (Month/Day/Year)/
Fecha de nacimiento (mes/día/año)

Street Address/ Dirección

Telephone Number w/Area Code (Day)/
Número de teléfono con el código de área (día)

City/ Ciudad State/ Estado Zip Code/ Código postal

Telephone Number w/Area Code (Evening)/
Número de teléfono con el código de área (noche)

E-mail Address/ Dirección de correo electrónico

**Section 2/ Sección 2 Change in Marital Status & Required Documents/
Cambio de estado civil y documentación requerida**

Note: Required documents indicated in parenthesis must be attached with this form./ Nota: debe adjuntar los documentos requeridos indicados entre paréntesis con este formulario.

Please check the option that applies/ Marque la opción que corresponda:

- I have married as of/ He contraído matrimonio el ___/___/___ (month/day/year)/ (mes/día/año)
(Marriage Certificate)/ (Certificado de matrimonio).
- I have divorced as of/ Me he divorciado el ___/___/___ (month/day/year)/ (mes/día/año)
(Divorce Certificate)/ (Certificado de divorcio).
- I have remarried as of/ He vuelto a contraer matrimonio el ___/___/___ (month/day/year)/ (mes/día/año)
(Divorce Certificate or Death Certificate)/ (Certificado de divorcio o Certificado de defunción).
- Other/ Otro _____ Date of event/ Fecha del acontecimiento: ___/___/___ (month/day/year)/ (mes/día/año)

Indicate your spouse or former spouse's information/ Indique la información de su cónyuge o ex cónyuge:

First Name/ Nombre Middle Name/ Segundo nombre Last Name/Apellido

Social Security Number/ Número de seguro social

Gender/ Sexo Male/ Masculino Female/ Femenino

Date of Birth (Month/Day/Year)/
Fecha de nacimiento (mes/día/año)

Street Address/ Dirección

Telephone Number w/Area Code (Day)/
Número de teléfono con el código de área (día)

City/ Ciudad State/ Estado Zip Code/ Código postal

Telephone Number w/Area Code (Evening)/
Número de teléfono con el código de área (noche)

E-mail Address/ Dirección de correo electrónico

If married or remarried/ Si se ha casado o vuelto a casar:

Is your spouse currently enrolled in another healthcare plan?/ ¿Está su cónyuge actualmente inscrito en otro plan de atención médica? Yes/ Sí No/ No

If yes, please provide the name of your spouse's employer, the name of the insurance plan, the individual identification number and the effective date./

Si la respuesta es sí, indique el nombre del empleador de su cónyuge, el nombre del plan de seguro, el número de identificación de la persona y la fecha de entrada en vigencia.

Employer/ Empleador

Plan Name/ Nombre del plan

Individual Identification Number/ Número de identificación de la persona

Effective Date/ Fecha de entrada en vigencia

Section 3/ Sección 3**Enrolling Dependent (s) & Required Documents/
Inscripción de los dependientes y documentación requerida**

Note: Required documents indicated in parenthesis must be attached with this form. / Nota: debe adjuntar los documentos requeridos indicados entre paréntesis con este formulario.

Please check the option that applies/ Marque la opción que corresponda:

- I have a newborn child as of/ Tengo un hijo recién nacido a partir del ___/___/___ (month/day/year)/ (mes/día/año)
(Birth Certificate)/ (Certificado de nacimiento).
- I have legally adopted a child as of/ He adoptado legalmente un hijo a partir del ___/___/___ (month/day/year)/ (mes/día/año)
(Birth Certificate & Court Certified Order of Adoption)/ (Certificado de nacimiento y Orden de adopción certificada por los tribunales).
- I have a new step-child as of/ Tengo un nuevo hijastro a partir del ___/___/___ (month/day/year)/ (mes/día/año)
(Birth Certificate & Marriage Certificate)/ (Certificado de nacimiento y Certificado de matrimonio).
- I am responsible for my grandchildren as of/ Soy responsable de mis nietos a partir del ___/___/___ (month/day/year)/ (mes/día/año)
(Birth Certificate & Court Certified Letter of Guardianship)/ (Certificado de nacimiento y Carta de tutela legal certificada por los tribunales).
- I am responsible for the care of my disabled child who is over the plan's age limit as of/ Soy responsable del cuidado de mi hijo discapacitado que ha pasado el límite de edad del plan a partir del ___/___/___ (month/day/year)/ (mes/día/año)
(Proof of Total and Permanent Disability)/ (Comprobante de discapacidad total y permanente).

Number of new dependents/ Número de dependientes nuevos _____.

List additional dependents below or on a separate sheet of paper./ Enumere los dependientes adicionales a continuación o en una hoja aparte.

1 • Dependent Information/ Información del dependiente

First Name/ Nombre Middle Name/ Segundo nombre Last Name/Apellido

Date of Birth (Month/Day/Year)/ Fecha de nacimiento (mes/día/año)

If address is different from participant (in section 1) enter address in space below./ Si la dirección es diferente a la del participante (en la sección 1), ingrésela en el espacio a continuación.

Social Security Number/ Número de seguro social

Gender/ Sexo Male/ Masculino Female/ Femenino

Biological Child/ Hijo biológico Adopted/ Hijo adoptado Step-child/ Hijastro

Grandchild, Niece or Nephew/ Nieto, Sobrina o Sobrino

Street Address/ Dirección Apartment Number/ N° de apartamento

City/ Ciudad State/ Estado Zip Code/ Código postal

2 • Dependent Information/ Información del dependiente

First Name/ Nombre Middle Name/ Segundo nombre Last Name/Apellido

Date of Birth (Month/Day/Year)/ Fecha de nacimiento (mes/día/año)

If address is different from participant (in section 1) enter address in space below./ Si la dirección es diferente a la del participante (en la sección 1), ingrésela en el espacio a continuación.

Social Security Number/ Número de seguro social

Gender/ Sexo Male/ Masculino Female/ Femenino

Biological Child/ Hijo biológico Adopted/ Hijo adoptado Step-child/ Hijastro

Grandchild, Niece or Nephew/ Nieto, Sobrina o Sobrino

Street Address/ Dirección Apartment Number/ N° de apartamento

City/ Ciudad State/ Estado Zip Code/ Código postal

Is your dependent currently enrolled in another healthcare plan?/ ¿Está su dependiente actualmente inscrito en otro plan de atención médica? Yes/ Sí No/ No
If yes, please write their name along with the name of the insurance carrier, identification and group number below./ Si la respuesta es sí, escriba el nombre junto con el nombre de la compañía de seguros, el número del grupo y de identificación a continuación.

Other insurance/ Otro seguro:

First Name/ Nombre Middle Name/ Segundo nombre Last Name/ Apellido

Insurance Company Name/ Nombre de la compañía de seguros ID#/ N° de identificación

Group #/ N° del grupo Effective Date /Fecha de entrada en vigencia

Section 4/ Sección 4 Signature/ Firma

I have read this Building Service 32BJ Benefit Funds form and I understand the information and documents I have been asked to provide. I have provided all of the information requested on this form, and I agree to provide documents to verify this information, if requested by the 32BJ Benefit Funds. I agree to immediately notify 32BJ Benefit Funds of any changes regarding the information I have provided. I understand that if I fail to notify the 32BJ Benefit Funds about such a change, it may result in the delay or denial of a 32BJ benefit. I affirm that all of the information I have provided is true./ He leído este formulario del Fondo de Beneficios del Servicio a Edificios 32BJ y comprendo la información y la documentación que se me solicita. He proporcionado toda la información solicitada en este formulario y estoy de acuerdo en proporcionar documentación para verificar dicha información, si el Fondo de Beneficios 32BJ así lo solicita. Estoy de acuerdo en notificar de inmediato al Fondo de Beneficios 32BJ sobre cualquier cambio con respecto a la información que he proporcionado. Comprendo que si no notifico al Fondo de Beneficios 32BJ sobre tal cambio, esto puede ocasionar un retraso o un rechazo de un beneficio 32BJ. Afirmo que toda la información que he proporcionado es verídica.

Participant Signature/ Firma del participante

Current Date (Month/Day/Year)/ Fecha actual (mes/día/año)

Please Mail or Fax to/ Envíe el formulario por correo postal o por fax a:

Department of Eligibility, Building Services 32BJ Benefits Funds, 25 West 18th Street, New York, NY 10011-4676 or Fax to 212-844-2717



Dependent Documentation Table for Enrollment

<u>Relationship</u>	<u>Acceptable Supporting Documentation to Enroll Dependents</u>
Enrolling Spouse	Government Issued Marriage Certificate.
<u>Enrolling Dependent Children</u>	
<p>The Building Service 32 BJ Health Fund permits you to cover a dependent child until the earlier of 30 days after the child's birthday or the end of the calendar year in which the child turns 26.</p>	
<u>Relationship</u>	<u>Acceptable Supporting Documentation to Enrollment Form</u>
Enrolling Biological Child	Biological Child's Birth Certificate
Enrolling Step-Child	Step-Child's Birth Certificate and Member's Marriage Certificate
Enrolling Adoptive Child	Court certified Order of Adoption OR Proof that such Petition has been filed with the Court and Proof of Age.
Enrolling Grandchild, Niece or Nephew	Court Certified Letters of Legal Guardianship OR Legal Custody Order OR Proof that such Petition has been filed with the Court. If Court Letters do not establish dependent's relationship to the member additional documents establishing such relationship will be required.

If you have questions or need assistance call Member Services at 1-800-551-3225.



Tabla de Documentación para la Inscripción de Dependientes

<u>Relación</u>	<u>Documentación acreditativa aceptable para inscribir dependientes</u>
Inscripción del cónyuge	Certificado de matrimonio emitido por institución gubernamental.
<u>Inscripción de hijos dependientes</u>	
El Building Service 32 BJ Health Fund le permite cubrir a un hijo dependiente hasta, lo que sea antes, el término de 30 días después de la fecha de cumpleaños del hijo o el final del año calendario en el cual el hijo cumple 26 años.	
<u>Relación</u>	<u>Documentación acreditativa aceptable para ser anexada al formulario de inscripción</u>
Inscripción de hijos biológicos	Certificado de nacimiento del hijo biológico
Inscripción de hijastros	Certificado de nacimiento del hijastro y Certificado de matrimonio del afiliado
Inscripción de hijos adoptivos	Orden de adopción certificada por los tribunales O comprobante de que dicha petición se ha presentado ante los tribunales y un comprobante de la edad.
Inscripción de nieto(a)s o sobrino(a)s	Cartas de tutela legal certificadas por los tribunales U orden de tutela legal, O comprobante de que dicha petición se ha presentado ante los tribunales. Si en las cartas certificadas por los tribunales no se establece una relación entre los dependientes y el afiliado, será necesario proporcionar documentos adicionales que establezcan dicha relación.

Si tiene preguntas o necesita asistencia, llame al Centro de servicios para afiliados al 1-800-551-3225.



Definition of Eligible Dependents	
Dependent	Description
Spouse	The person to whom you are legally married (if you are legally separated* or divorced, your spouse is not covered).
Children	<p>The child is under age 26 and one of the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Your biological child · Your adopted child or one placed with you in anticipation of adoption · Your stepchild: this includes your spouse's biological or adopted child
Your grandchild, niece or nephew ONLY if you are the legal guardian**	<p>The child is under age 26 and meets all of the following requirements:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Is not married · Has the same principal address as the participant, or as required under the terms of a Qualified Medical Child Support Order (QMCSO) · Is dependent on the participant for over one-half of his or her annual support and is claimed as a dependent on your tax return***
<p>Children are covered until the earlier of 30 days after the child's 26th birthday or the end of the calendar year in which the child turns 26.</p> <p><i>For participants in the North Fund, dependent coverage lasts until the end of the month in which the child reaches age 26.</i></p>	
<p>*Generally, a legal separation is any court order or agreement filed with the court under which the parties acknowledge they are living separately. Legal separation includes, but is not limited to, a divorce from bed and board, limited divorce, judicial separation, separate maintenance, inter-spousal agreement, marital property settlement agreement, and property settlement agreement.</p> <p>**If application for legal guardianship is pending, you must provide documentation that court papers are filed and provide proof when legal process is complete.</p> <p>***If you are legally separated or divorced, then your child may live with and/or be the tax dependent of the legally separated or divorced spouse.</p>	
Contact Member Services at 1-800-551-3225 for more information about enrollment rules.	



Definición de dependientes elegibles

Dependiente	Descripción
Cónyuge	La persona con la que está legalmente casado (si usted está legalmente separado* o divorciado, su cónyuge no está cubierto).
Hijos	<p>El hijo tiene menos de 26 años y es uno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> · su hijo biológico; · su hijo adoptado o asignado a usted en anticipación de una adopción; · su hijastro: esto incluye a un hijo biológico o adoptado de su cónyuge.
Su nieto/a o sobrino/a SOLO si usted es el tutor legal**	<p>El niño tiene menos de 26 años y cumple uno de los siguientes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> · no está casado; · tiene la misma dirección principal que el participante, o según lo establezcan los términos de una Orden de manutención infantil médica calificada (QMCSO); · es dependiente del participante para más de la mitad de su manutención anual y este lo ha declarado como su dependiente en su declaración de impuestos.***
<p>Los hijos están cubiertos hasta, lo que ocurra antes, el término de 30 días después de la fecha del cumpleaños 26 del hijo o el final del año calendario en el cual el hijo cumple 26 años.</p> <p><i>Para los participantes del North Fund, la cobertura para dependientes dura hasta el final del mes en que el hijo cumple los 26 años.</i></p>	
<p>*Típicamente, una separación legal es cualquier orden judicial o acuerdo presentado ante los tribunales conforme al cual las partes reconocen que están viviendo de manera separada. La separación legal incluye, entre otros, un divorcio de cuerpos y bienes, un divorcio limitado, una separación judicial, una manutención separada, un acuerdo entre cónyuges, un acuerdo de división de bienes matrimoniales y un acuerdo de división de bienes.</p> <p>**Si está pendiente la solicitud de tutela legal, debe proporcionar documentación de que se presentaron los papeles y proporcionar un comprobante cuando concluya el proceso legal.</p> <p>*** Si usted está legalmente separado o divorciado, su hijo puede vivir y/o ser dependiente para fines tributarios del cónyuge del que se separó o divorció legalmente.</p>	
<p>Comuníquese con el Centro de servicios para afiliados al 1-800-551-3225 para obtener más información sobre las reglas de inscripción.</p>	