

# San Francisco Culinary, Bartenders & Service Employees Trust Funds

Trust Office: 1182 Market Street Suite 320 • San Francisco CA 94102-4919  
 Administrative Office: 2323 Eastlake Ave E • Seattle WA 98102  
 Phone: (844) 492-9157

|  |  |
|--|--|
| <b>MARQUE TODAS LAS OPCIONES APLICABLES</b><br><input type="checkbox"/> <b>RECIÉN CONTRATADO</b> <b>CAMBIO DE:</b><br><input type="checkbox"/> <b>NOMBRE</b> <input type="checkbox"/> <b>PLAN</b><br><input type="checkbox"/> <b>DIRECCIÓN</b> <input type="checkbox"/> <b>ESTADO CIVIL</b><br><input type="checkbox"/> <b>AGREGAR/ELIMINAR DEPENDIENTE(S)</b> | <b>TRUST FUND OFFICE USE ONLY:</b><br><br>GROUP NO. _____<br><br>EFFECTIVE DATE OF COVERAGE: _____ |
|--|--|

| SECCIÓN I – DATOS DEL EMPLEADO   |        |   |   |
|--|--------|---|---|
| APELLIDO   | NOMBRE | INICIAL DE 2º NOMBRE  | NÚMERO DE SEGURO SOCIAL   |
| DIRECCIÓN POSTAL (NO. DE CASA Y CALLE O APARTADO POSTAL)   |        | NO. DE APTO   | SEXO (M/F)      FECHA DE NACIMIENTO (MES/DÍA/AÑO)   |
| CIUDAD   | ESTADO | CÓDIGO POSTAL   | NÚMERO DE TELÉFONO ( )  |
| ESTADO CIVIL<br><input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO       |        | EMPRESA   | FECHA DE CONTRATACIÓN (MES/DÍA/AÑO)   |
| Etnia _____  |        | Idioma Preferido _____  |   |
| <b><u>REVISE SU CONTRATO PARA CONFIRMAR SUS OPCIONES DE BENEFICIOS MÉDICOS Y DENTALES ANTES DE HACER SU SELECCIÓN:</u></b> |        |   |   |
|  |        | OPCIONES DE PLAN MÉDICO:<br><input type="checkbox"/> KAISER<br><input type="checkbox"/> BLUE SHIELD OF CA<br><input type="checkbox"/> CCHP<br><input type="checkbox"/> PAGO DIRECTO | OPCIONES DE PLAN DENTAL:<br><input type="checkbox"/> DELTA DENTAL<br><input type="checkbox"/> UNITED HEALTHCARE (PUD)<br><input type="checkbox"/> INTERDENT DENTAL (NAISMITH) |

| SECCIÓN II – DATOS PERSONALES DEL EMPLEADO Y LOS DEPENDIENTES                   |          |        |      |                     |                      |   |   |
|---|----------|--------|------|---------------------|----------------------|---|---|
| PARENTESCO  | APELLIDO | NOMBRE | SEXO | FECHA DE NACIMIENTO | NO. DE SEGURO SOCIAL | Recibe Medicare Parte A o B                             | Transplante Renal o Diálisis                            |
| Empleado  |          |        |      |                     |                      | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Esposo/a<br><input type="checkbox"/> Pareja de Hecho** |          |        |      |                     |                      | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Dependiente*  |          |        |      |                     |                      | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Dependiente*  |          |        |      |                     |                      | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Dependiente*  |          |        |      |                     |                      | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Dependiente*  |          |        |      |                     |                      | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |

\* Adjunte copias del Acta de Matrimonio Registrado para el esposo/a dependiente. Adjunte copias del Acta de Nacimiento para los hijos dependientes hasta los 26 años de edad.

\*\* Pareja de Hecho – el miembro debe solicitar y calificar por separado para tener derecho como Pareja de Hecho por medio de la Oficina del Fondo Fiduciario.

**Con mi firma, bajo pena de perjurio de acuerdo con las leyes estatales y federales, certifico por medio de la presente que los datos que aparecen en este documento de inscripción son fieles y precisos.**

**FIRMA DEL PARTICIPANTE:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

|  |   |
|--|---|
| ¿TIENE USTED O SUS DEPENDIENTES OTRO SEGURO MÉDICO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO                                |   |
| SI ES QUE SÍ, INDIQUE EL NOMBRE, LA DIRECCIÓN Y EL NÚMERO DE PÓLIZA DEL SEGURO: _____  |   |
| <b>RELLENE LA SIGUIENTE SECCIÓN E INCLUYA UNA COPIA DE LA TARJETA DE MEDICARE SI USTED A SU DEPENDIENTE ESTÁN INSCRITOS EN EL MEDICARE</b> |   |
| Nombre de la persona que recibe Medicare<br>Nombre: _____  | ¿Recibe la Parte A?   Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si es que sí, la fecha de vigencia: ____/____/____<br>¿Recibe la Parte B?   Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si es que sí, la fecha de vigencia: ____/____/____                                      |
| Nombre de la persona que recibe Medicare<br>Nombre: _____  | ¿Recibe la Parte A?   Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si es que sí, la fecha de vigencia: ____/____/____<br>¿Recibe la Parte B?   Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si es que sí, la fecha de vigencia: ____/____/____                                      |
| <b>DEBE RELLENAR LA SIGUIENTE SECCIÓN SI INDICÓ QUE “SÍ” RECIBIÓ TRANSPLANTE RENAL O RECIBE DIÁLISIS</b>                                   |   |
| Nombre de la persona que recibió/recibe Transplante/Diálisis Renal<br>Nombre: _____  | ¿Ha recibido Transplante Renal?   Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si es que sí, la fecha del transplante: ____/____/____<br>¿Recibe Diálisis?                      Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si es que sí, la fecha del transplante: ____/____/____ |

**Información sobre los Proveedores de la HMO de Blue Shield:** sitio web del Guía de Blue Shield de California: [www.blueshieldca.com/fap/app/search.html](http://www.blueshieldca.com/fap/app/search.html)

|   |                                   |   |
|---|-----------------------------------|---|
| NOMBRE DEL PARTICIPANTE: _____ Nombre del médico principal (PCP): _____               |                                   |   |
| Número de Proveedor: _____  | Número de IPA/Grupo Médico: _____ | Paciente Existente? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| NOMBRE DEL ESPOSO/A / PAREJA DE HECHO: _____ Nombre del médico principal (PCP): _____ |                                   |   |
| Número de Proveedor: _____  | Número de IPA/Grupo Médico: _____ | Paciente Existente? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| NOMBRE DEL DEPENDIENTE: _____ Nombre del médico principal (PCP): _____                |                                   |   |
| Número de Proveedor: _____  | Número de IPA/Grupo Médico: _____ | Paciente Existente? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| NOMBRE DEL DEPENDIENTE: _____ Nombre del médico principal (PCP): _____                |                                   |   |
| Número de Proveedor: _____  | Número de IPA/Grupo Médico: _____ | Paciente Existente? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| NOMBRE DEL DEPENDIENTE: _____ Nombre del médico principal (PCP): _____                |                                   |   |
| Número de Proveedor: _____  | Número de IPA/Grupo Médico: _____ | Paciente Existente? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| NOMBRE DEL DEPENDIENTE: _____ Nombre del médico principal (PCP): _____                |                                   |   |
| Número de Proveedor: _____  | Número de IPA/Grupo Médico: _____ | Paciente Existente? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| NOMBRE DEL DEPENDIENTE: _____ Nombre del médico principal (PCP): _____                |                                   |   |
| Número de Proveedor: _____  | Número de IPA/Grupo Médico: _____ | Paciente Existente? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| NOMBRE DEL DEPENDIENTE: _____ Nombre del médico principal (PCP): _____                |                                   |   |
| Número de Proveedor: _____  | Número de IPA/Grupo Médico: _____ | Paciente Existente? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |

**Notificación Importante:** Solicito la afiliación como miembros del Plan Médico a nombre de las personas indicadas arriba y acepto que cumpliremos con las disposiciones del acuerdo de servicio de la Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) o las reglas del plan del proveedor preferido. Entiendo que el acuerdo de servicio establece que toda reclamación, inclusive una reclamación por negligencia médica, que surjan porque yo o algún familiar mío creemos que alguna conducta, que se presente como parte del vínculo con la HMO, los hospitales de la HMO, o el grupo médico de la HMO, como miembro o paciente, haya causado daño, debe someterse al arbitraje obligatorio en lugar de proceso judicial.

**Autorización para Blue Shield of California:** La siguiente sección de autorización debe ser firmada por **todo** empleado que solicite la cobertura de Blue Shield of California o de Blue Shield of California Life & Health Insurance Company ("Blue Shield Life"). **No se puede procesar esta inscripción sin su autorización firmada.**

**Doy fe:** Toda la información en este documento es auténtica y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que ésta es la base en la que se me prestará la cobertura bajo el plan, entiendo que si he cometido fraude o si he falseado intencionadamente cualquier hecho pertinente a esta solicitud, Blue Shield of California/Blue Shield Life puede aplicar uno de los siguientes remedios dentro de los primeros 24 meses de cobertura: puede cancelar mi cobertura o posterior a una notificación de 30 días, la puede rescindir. Entiendo que la cobertura no entra en vigor hasta que este documento y la solicitud de mi patrón hayan sido aprobados por Blue Shield of California/BlueShield Life.

**FIRMA DEL PARTICIPANTE:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Acuerdo de Arbitraje del Plan de Salud de Kaiser Permanente**

Entiendo que (salvo los casos de Demanda de Menor Cuantía, las reclamaciones sujetas a un proceso de apelación de Medicare o el reglamento de procedimiento de reclamación conforme a la ley ERISA y cualquier otra reclamación que no puede sujetarse al arbitraje obligatorio), cualquier disputa entre yo, mis herederos, u otra parte relacionada por un lado y por otro lado el Kaiser Foundation Health Plan (Plan de Salud de la Fundación Kaiser o KFHP por sus siglas en inglés), sus Proveedores de atención a la salud contratados, administradores, u otras partes relacionadas, por supuesta infracción de cualquier deber relacionado con el ser miembro de KFHP, incluida cualquiera reclamación por negligencia Médica o de Hospital (reclamando que los servicios médicos fueron innecesarios o no fueron autorizados o se realizaron de forma inadecuada, negligente, o incompetente), responsabilidad en las instalaciones, o relacionado con la cobertura de o prestación de servicios o artículos, sin importar la teoría jurídica, debe decidirse por arbitraje obligatorio conforme a la Ley de California y no por demanda ni proceso judicial,

**excepto de acuerdo con las leyes aplicables que permiten la revisión judicial de los procesos de arbitraje. Acepto renunciar mi derecho a proceso judicial y acepto el uso de arbitraje obligatorio. Entiendo que la regla completa respecto al arbitraje está contenida en el *Comprobante de Cobertura*.**

\_\_\_\_\_  
FIRMA NECESARIA PARA EL PLAN DE KAISER PERMANENTE

\_\_\_\_\_  
FECHA

**Autorización de Chinese Community Health Plan para Divulgar Datos Médicos:** CCHP entiende la importancia de mantener privado los datos personales y médicos de usted y sus dependientes. CCHP protege estos datos en su forma electrónica, escrita y verbal cuando se utilizan dentro de nuestra compañía. CCHP no divulgará estos datos sin su autorización o según lo permite la ley. Para fines de la administración de su cobertura de CCHP, las leyes estatales y federales le permiten a CCHP obtener los datos médicos suyos y de sus dependientes de parte de un proveedor de atención a la salud, asegurador, organización aseguradora auxiliar, plan de seguro médico, o su agente de seguros. Además, conforme a las leyes estatales y federales, se le permite a CCHP divulgar los datos médicos suyos y de sus dependientes a un proveedor de atención a la salud, asegurador, organización aseguradora auxiliar, plan de seguro médico o a su agente de seguros. Está disponible una explicación completa de las reglas y los procedimientos de CCHP (la "Notificación de Prácticas de Confidencialidad y Privacidad") para mantener confidenciales sus datos personales y médicos y puede pedir una copia de la explicación por medio de llamar al Departamento de Servicio al Cliente o en el sitio web de CCHP.

**Acuerdo de Arbitraje del Chinese Community Health Plan:** Entiendo que (excepto los casos de Demanda de Menor Cuantía) toda disputa, incluidas las reclamaciones por negligencia médica (respeto a cuestiones de que si los servicios médicos brindados bajo el plan de seguro médico fueron innecesarios o no autorizados o realizados de forma incorrecta, negligente o incompetente), que puedan surgir bajo el acuerdo celebrado entre yo y CCHP y todos sus filiales debe decidirse por medio del arbitraje obligatorio conforme a las leyes de California. Cualquier disputa de esa clase no debe resolverse por medio de demanda ni debe recurrir al proceso judicial excepto de acuerdo con las leyes aplicables que permiten la revisión judicial de los procesos de arbitraje. **TODAS LAS PARTES DEL CONTRATO PRESENTE, AL CELEBRARSE EL CONTRATO, RENUNCIAN SU DERECHO CONSTITUCIONAL A RESOLVER DISPUTA SEMEJANTE POR TRIBUNAL CON JURADO, Y EN SU LUGAR ACEPTAN EL USO DEL ARBITRAJE OBLIGATORIO.** Para mayor información respecto al arbitraje obligatorio, debe consultar su Comprobante de Cobertura.

|  |                               |   |  |
|--|-------------------------------|---|--|
| NOMBRE DEL PARTICIPANTE: _____               |                               | Nombre del médico principal (PCP): _____                                    |  |
| Número de Proveedor: _____                   | Número de Grupo Médico: _____ | Paciente Existente? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |  |
| NOMBRE DEL ESPOSO/A / PAREJA DE HECHO: _____ |                               | Nombre del médico principal (PCP): _____                                    |  |
| Número de Proveedor: _____                   | Numero de Grupo Médico: _____ | Paciente Existente? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |  |
| NOMBRE DEL DEPENDIENTE: _____                |                               | Nombre del médico principal (PCP): _____                                    |  |
| Número de Proveedor: _____                   | Numero de Grupo Médico: _____ | Paciente Existente? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |  |
| NOMBRE DEL DEPENDIENTE: _____                |                               | Nombre del médico principal (PCP): _____                                    |  |
| Número de Proveedor: _____                   | Número de Grupo Médico: _____ | Paciente Existente? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |  |
| NOMBRE DEL DEPENDIENTE: _____                |                               | Nombre del médico principal (PCP): _____                                    |  |
| Número de Proveedor: _____                   | Número de Grupo Médico: _____ | Paciente Existente? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |  |
| NOMBRE DEL DEPENDIENTE: _____                |                               | Nombre del médico principal (PCP): _____                                    |  |
| Número de Proveedor: _____                   | Número de Grupo Médico: _____ | Paciente Existente? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |  |
| NOMBRE DEL DEPENDIENTE: _____                |                               | Nombre del médico principal (PCP): _____                                    |  |
| Número de Proveedor: _____                   | Número de Grupo Médico: _____ | Paciente Existente? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |  |
| NOMBRE DEL DEPENDIENTE: _____                |                               | Nombre del médico principal (PCP): _____                                    |  |
| Número de Proveedor: _____                   | Número de Grupo Médico: _____ | Paciente Existente? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |  |

FIRMA DEL PARTICIPANTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_