



FORMA DE INSCRIPCION

PLAN DENTAL Y MEDICO

APELLIDO PATERNO		NOMBRE		NUMERO DE SEGURO SOCIAL	
DOMICILIO		CIUDAD		ESTADO ZONA POSTAL	
TELEFONO (CASA O MENSAJE) ()		FECHA DE NACIMIENTO DD / MM / AA / /		<input type="checkbox"/> SEXO MASCULINO <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> SEXO FEMENINO <input type="checkbox"/> CASADO	
NOMBRE DE LA EMPRESA Imperial Co. IHSS (Group #425)			IDIOMA DE PREFERENCIA <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> INGLES <input type="checkbox"/> ESPAÑOL		

- * Debe firmar y fechar la aplicación.
- * Tenga en cuenta que todos los beneficios de seguro (excepto para verdaderas emergencias) deben ser recibidas en instalaciones de SIMNSA en Mexicali (México).
- * SIMNSA tiene muchos doctores que hablan Inglés y Español.
- * Este plan es ofrecido al Proveedor de IHSS y no a sus dependientes.
- * La deducción mensual de la nómina para este plan es de \$ 20 al mes y se deducirá de su cheque emitido por el estado de California una vez al mes.

Al solicitar afiliación como miembro de Sistemas Médicos Nacionales, S. A. para mí y miembros de mi familia que sean elegibles, acepto lo siguiente:

- 1.- Todos servicios de rutina debe ser proporcionados por los proveedores de Simnsa únicamente, excepto emergencias que pongan en riesgo la vida del paciente.
- 2.- No deben prestar su tarjeta de membresía a personas no cubiertas por este Plan, porque haciéndolo quedará sujeto a cancelación inmediata y cargos penales.
- 3.- Estoy de acuerdo que Sistemas Médicos Nacionales, S. A. obtenga información médica acerca de las personas que se incluyen en esta solicitud para fines administrativos.
- 4.- Certifico que la información de esta solicitud es verídica y correcta y que entiendo perfectamente los beneficios y reglamentos de este Plan de salud.
- 5.- Este Plan usa el arbitraje atado exclusivamente para asentar toda disputa que surja bajo este Acuerdo. Se entiende que cualquier disputa en cuanto a negligencia si en caso de que algún servicio médico rendido bajo este contrato sea innecesario, no autorizado, inapropiado, negligente o incompetentemente rendido, será determinado por la sumisión al arbitraje como es proporcionado por la ley de California, y no por un pleito o un proceso tribunal excepto como la ley de California estipula para la revisión judicial de actos de arbitraje. Ambos partidos al aceptar este contrato rinde su derecho constitucional para tener cualquier disputa decidida en un tribunal de la ley ante un jurado, y en lugar aceptar el uso del arbitraje. Para más información favor de referirse a su Constancia de Cobertura y Elegibilidad (CCE).

HR please fill in for Plan

Effective Date: _____

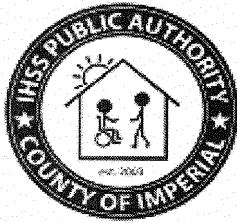
New Hire Hire Date: _____

Re-Hire Re-Hire Date: _____

Firme Aquí →

FECHA

FIRMA



United Domestic Workers of America
AFSCME Local 3930 /AFL-CIO

CUESTIONARIO DE SEGURO MEDICO DEL CONDADO DE IMPERIAL

(Esta forma debe ser devuelta con sus formas de inscripción SIMNSA para ser matriculado)

SU NOMBRE (COMO APARECE EN SU CONTROL DE NOMINA ESTATAL):

NUMERO DE SEGURO SOCIAL: _____

HORAS AUTORIZADAS POR MES PARA TODOS LOS CLIENTES: _____

FECHA APROXIMADA DE EMPLEO DE SU PRIMER CLIENTE: _____

FIRMA: _____

VERIFIQUE POR FAVOR TODO LO SIGUIENTE (si le aplica):

- Trabajo actualmente un mínimo de 80 horas por mes y entiendo que debo mantener horas de trabajo a un mínimo de 80 horas pagadas por mes para permanecer elegible para el seguro medico.
- Entiendo y estoy de acuerdo en pagar por medio de deducción de nomina o factura de \$20 mensuales. La falta de pago de cualquier factura a causa de ninguna deducción en su cheque mensual resultara en la cancelación de su aseguranza.
- No soy elegible o estoy inscrito en algún otro programa medico. Si esta en algún otro programa médico por favor de apuntarlo debajo. Estoy actualmente inscrito en el siguiente plan médico: _____

Si tiene alguna pregunta por favor llame a la oficina de aseguranza de administración al teléfono (800)-883-0902

DEVUELVA ESTE CUESTIONARIO Y LA FORMA DE INSCRIPCION DE SIMNSA EN EL SOBRE DIRIGIDO CUANTO ANTES.



DENTAL AND HEALTH PLAN

SIMNSA Enrollment Application - Imperial County IHSS

Last name		First name		Social Security Number	
Street Address			City	State	Zip Code
Telephone (Home or Message) ()		Date of Birth		<input type="checkbox"/> Male	<input type="checkbox"/> Single
				<input type="checkbox"/> Female	<input type="checkbox"/> Married
Name of Company Where You Work (Employer) Imperial County IHSS (Group #425)					

- * You MUST sign and date the application below.
- * Please note that all insurance benefits (except for true emergencies) must be received from SIMNSA facilities in Mexicali (Mexico).
- * SIMNSA has many doctors that speak both English and Spanish.
- * This plan is offered to the IHSS Provider only and not to your dependents.
- * The monthly payroll deduction for this plan is \$20 a month and will be deducted from your State of California issued paycheck once a month.

Upon applying for membership of Sistemas Medicos Nacionales, S.A. for me and eligible members of my family, I accept the following:

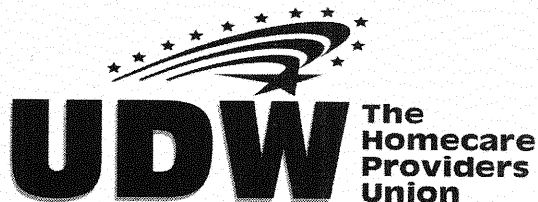
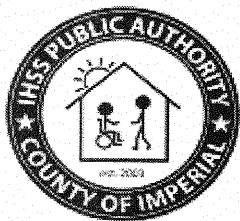
1. All services should be provided solely by SIMNSA providers, except in case of a Dental Emergency (as defined in the Plan document).
2. We shall not lend our member cards to others; doing so may result in immediate cancellation of coverage and penalties.
3. I understand that SIMNSA will obtain medical information for people listed on this application in order to administer the Plan.
4. I certify that the information on this application is valid and correct and that I understand the benefits and rules of this health Plan.
5. This Plan uses binding arbitration to settle all disputes arising under this Agreement. It is understood that any dispute as to medical malpractice, that is, as to whether any medical services rendered in California under this contract were unnecessary or unauthorized or were improperly, negligently or incompetently rendered, will be determined by submission to arbitration as provided by California law, and not by a lawsuit or resort to court process except as California law provides for judicial review of arbitration proceedings. Both parties to this contract, by entering into it, are giving up their constitutional right to have any such dispute decided in a court of law before a jury, and instead are accepting the use of arbitration. For more information, please refer to your Evidence of Coverage.

Administrative use only	
Effective Date: _____	
<input type="checkbox"/> New Hire	Hire Date _____
<input type="checkbox"/> Re-Hire	Re-Hire Date _____

Sign Here →

Signature _____

Date _____



United Domestic Workers of America
AFSCME Local 3930 /AFL-CIO

IMPERIAL COUNTY HEALTH INSURANCE QUESTIONNAIRE

(This form must be returned with your completed SIMNSA enrollment form (reverse side) to be enrolled)

YOUR NAME (as if appears on your state payroll check):

SOCIAL SECURITY NUMBER: _____

AUTHORIZED HOURS PER MONTH FOR ALL CLIENTS: _____

APPROXIMATE DATE OF HIRE FOR FIRST CLIENT: _____

SIGNATURE: _____

PLEASE CHECK ALL OF THE FOLLOWING (if they apply):

- I am currently working a minimum of 80 hours per month and I understand that I must maintain minimum working hours of 80 hours per month to remain eligible for health insurance
- I understand and agree to pay through payroll deduction or by invoice a \$20.00 monthly premium. Failure to pay any invoice sent for missed deductions will cause a termination from the insurance program
- I am not eligible or enrolled in any other medical insurance program. If you are enrolled in a medical insurance program please list what insurance plan below. I am currently enrolled in the following medical plan: _____

If you have any questions please call our insurance administration office at (800)-883-0902

RETURN THIS QUESTIONNAIRE AND THE SIMNSA ENROLLMENT FORM (ON REVERSE SIDE) IN THE SELF ADDRESSED ENVELOPE PROVIDED
Insurance Admin. Office • 940 Calle Negocio • Suite 110 • San Clemente, CA 92673
Toll Free: (800) 883-0902 • Fax: (949) 545-0160 • Email: gwalker@goldmanwalker.com