

UDWA / AFSCME Local 3930

Insurance Trust Office
940 Calle Negocio #110
San Clemente, CA 92673
800-883-0902 Toll Free
949-545-0167 Fax

NOTA: Debe completar este formulario,
firmar la solicitud y devolver en
el sobre adjunto para la inscripción

Orange County UDWA Local 3930 Solicitud de Inscripción

INFORMACION DEL EMPLEADO/SUSCRIPTOR

Num. de Seguro Social	Apellido	Nombre	Middle
/ /	Sexo: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	Estado civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero	
Fecha de nacimiento			
Idioma que prefiere hablar	Idioma que prefiere escribir	Direccion electronica (optativa)	
Dirreccion	Ciudad	Estado	Codigo postal
()	()		
Tel. (dia)	Tel. (tarde)	Selección Principal Dentista - Ver directorio incluido para dental - Introduzca el código de dentista	

Aceptacion de Cubertura

- Entiendo que el costo total para mí plan médico de Kaiser Permanente y el plan dental DHS es de \$ 30.00 por mes. Estos \$ 30 serán deducidos de mi cheque emitido por el estado de California. Si la deducción se pierde se le mandara una factura y debe pagar esa factura para mantener su seguro.
- Yo entiendo que tengo que seguir trabajando 80 horas o más pagados cada mes para mantener el seguro.

Acuerdo de Arbitraje de Kaiser Foundation Health Plan

Entiendo que (con excepción de los casos del tribunal para reclamaciones menores, las reclamaciones sujetas a los procedimientos de apelaciones de Medicare o a las regulaciones del procedimiento de reclamaciones de ERISA [Employee Retirement and Income Security Act, Ley de Seguridad de 1974 sobre los Ingresos de los Empleados Retirados] y cualquier otra reclamación que no pueda someterse a arbitraje obligatorio según las leyes vigentes) toda disputa entre mi persona, mis herederos, familiares u otras partes asociadas, por un lado y, por otro lado, Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP), cualquier proveedor de atención médica contratado, administradores u otras partes asociadas contratados, por la supuesta violación de cualquier deber que se presente o esté relacionado con la membresía en KFHP, incluida toda reclamación por negligencia médica o del hospital (una reclamación que indica que un servicio médico era innecesario o no estaba autorizado, o bien que se prestó de forma incorrecta, negligente o incompleta), por responsabilidad civil de las instalaciones, o relativos a la cobertura o prestación de servicios o artículos, sin tomar en cuenta la teoría legal, deben decidirse a través de un arbitraje obligatorio, según la ley de California y no por medio de una demanda o recurso a un proceso judicial, excepto cuando la ley vigente indique una revisión judicial de la actuación arbitral. Acepto renunciar a nuestro derecho a un juicio con jurado y acepto el uso del arbitraje obligatorio. Entiendo que el folleto Evidencia de Cobertura incluye todas las disposiciones del arbitraje.

Firme Aquí →

Se Require Firma Para el plan de Kaiser Permanente

Fecha

EL EMPLEADOR DEBE LLENAR ESTA SECCION

Orange UDWA Local 3930

227397-0000

Nombre de Compania

Numero de Grupo

Fecha de Efectivo

Motivo de la inscripción: Nuevo empleado Pérdida de cobertura Otro motivo: Premeros de lista de espera

Fecha de evento: _____

Fecha de contratación: _____

Numero de Lista de Espera:



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

CUESTIONARIO DE SEGURO MÉDICO DE CONDADO DE ORANGE

(Esta forma debe ser devuelta con su forma de inscripción completa de para ser matriculado)

SU NOMBRE (como aparece en su cheque del estado):

NUMERO DE SEGURO SOCIAL: _____

HORAS AUTORIZADAS POR MES PARA TODOS CLIENTES: _____

FECHA DE EMPLEO DEL PRIMER CLIENTE: _____

FIRMA: _____

POR FAVOR MARQUE TODO (si se aplica):

- Trabajo actualmente mínimo de 80 horas por mes y entiendo que debo mantener horas de trabajo mínimas de 80 horas por mes para permanecer elegible para el seguro médico
- Entiendo y consiento en pagar por la deducción de nómina o por factura \$30.00 por co-paga de premio de mes para mi seguro médico y el fracaso de hacer así puede causar ventajas de salud perdedoras

Por favor note: el UDW no quiere que ningún miembro pierda ventajas de seguro médico. Si usted tiene problemas pagando su co-paga, nos avisa inmediatamente para ver si podemos calcular algo para usted. Si sus horas se caen abajo de 80 debido a su enfermedad o su cliente esta hospitalizado, etc., avísenos inmediatamente. Llame nuestra oficina de Administración de Confianza del Condado de Orange al (800)-883-0902 – Goldman & Walker Insurance Services, LLC.

**DEVUELVA ESTE CUESTIONARIO y LAS FORMA EN EL SOBRE PRE-PAGADO
INCLUSO CUANDO DIRIGIMOS ACTUALMENTE UNA LISTA DE ESPERA PARA SUS
VENTAJAS DE SALUD**