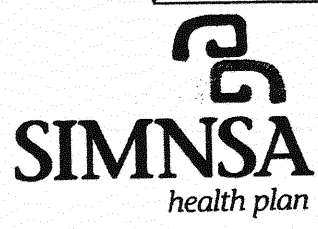


Solo puede recibir servicios en Tijuana



Para inscribirse por favor complete  
esta solicitud y el cuestionario atras

PLAN MEDICO UNICAMENTE

APELLIDO		NOMBRE		NUMERO DE SEGURO SOCIAL	
DOMICILIO		CIUDAD		ESTADO	
TELEFONO (CASA O MENSAJE)		FECHA DE NACIMIENTO		SEXO	
( )		MM : DD / AA		<input type="checkbox"/> SEXO MASCULINO <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> SEXO FEMENINO <input type="checkbox"/> CASADO	
NOMBRE DE LA EMPRESA			IDIOMA DE PREFERENCIA		OTRO
UDW/AFSCME Local 3930 (426)			<input type="checkbox"/> INGLES <input type="checkbox"/> ESPAÑOL		
LUGAR DE EMPLEO DE SU ESPOSA(O)		DIRECCION		TELEFONO	
No Aplicable		No Aplicable			
SEGURO SOCIAL DE SU ESPOSA(O)		PLAN MEDICO AL QUE PERTENECE (ESPOSA/O)			
No Aplicable		No Aplicable			

LISTA DE DEPENDIENTES Unicamente esposa (o) e hijos  
Se solicitará documentación oficial como: Actas de nacimiento y matrimonio.


Al solicitar afiliación como miembro de Sistemas Médicos Nacionales, S. A. para mi 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: \_\_\_\_\_

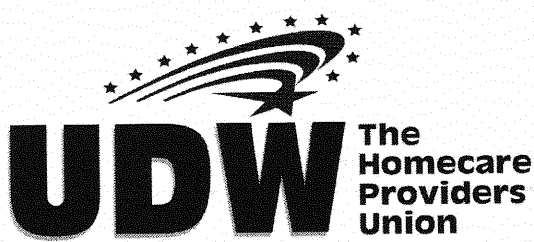
\_\_\_\_\_

FECHA

\_\_\_\_\_

FIRMA

↑↑ Firme Aqui ↑↑



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

**CUESTIONARIO DE SEGURO MÉDICO DE SAN DIEGO**  
(Esta forma debe ser devuelta con sus formas de inscripción para ser matriculadas)

SU NOMBRE (como se aparece en su control de nómina estatal):

\_\_\_\_\_

NUMERO DE SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_

HORAS AUTORIZADAS POR MES PARA TODOS LOS CLIENTES: \_\_\_\_\_

FECHA DE ALQUILER PARA PRIMER CLIENTE: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

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

Trabajo actualmente mínimo de 80 horas por mes y entiendo que debo mantener horas de trabajo mínimas de 80 horas pagadas por mes para permanecer elegible para el seguro medico

Entiendo y consiento en pagar por la deducción de nómina o por la factura \$5.00 la co-paga superior mensual para mi seguro médico y fracaso de hacer así causará beneficios médicos perdedores. Usted será anulado de los beneficios médicos si usted tiene una factura impagada durante más de 30 días.

Por favor note: Si sus horas se caen debajo de 80 horas trabajadas por mes debido a su enfermedad o su cliente es hospitalizado, etc., por favor avísenos inmediatamente. Llame nuestra oficina de Administración de Confianza de Condado de San Diego al (800)-883-0902 – Goldman & Walker Insurance Services, LLC.

**DEVUELVA ESTE CUESTIONARIO Y LA FORMA DE INSCRIPCIÓN DENTAL EN EL SOBRE DIRIGIDO CUANTO ANTES. DIRIGIMOS ACTUALMENTE UNA LISTA DE ESPERA PARA SUS BENEFICIOS DENTALES**