

# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN



1901 Las Vegas Blvd. So. Suite 107  
Las Vegas, Nevada 89104-1309  
702-733-9938  
www.culinaryhealthfund.org

Información del Participante					
Nombre Completo (Apellido, Primero, Seg. Inic.):			Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a)/Separado(a)		
			Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
Fecha de Nacimiento:	# de Seguro Social:		Idioma Preferido:		
Dirección:			<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Nombre de la Compañía:		
Teléfono:	Tel Celular:		Posición:		
Correo Electrónico:			Fecha de Contratación: ___/___/_____	Unión Local:	

Información del Cónyuge – Debe presentar original o copia certificada del acta de matrimonio. En caso de divorcio debe notificar al Culinary Health Fund.					
Apellido	Primer Nombre – Segunda Inicial	Fecha de Nacimiento	Sexo	# de Seguro Social	Fecha de matrimonio
			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
¿El cónyuge trabaja? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Nombre del Empleador:			
¿Le ofrecen seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si contestó sí, qué tipo de seguro: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> familiar	Si contestó no, razón: <input type="checkbox"/> No se ofrece seguro médico <input type="checkbox"/> Eligible no inscrito(a) <input type="checkbox"/> Empleado(a) de medio tiempo <input type="checkbox"/> Nuevo(a) empleado(a) elegible ___/___/_____			
¿El cónyuge tiene otro seguro médico? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, por favor escriba el nombre: _____ Número de Póliza: _____ Fecha de Efectividad: _____					

Información de los Dependientes – Debe presentar original o copia certificada de las actas de nacimiento.					
Apellido	Primer Nombre – Segunda Inicial	Fecha de Nacimiento	Sexo	# de Seguro Social	¿Hijo(a) Adulto(a) (19 Años o Mayor)?
			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Información del Dependiente Adulto – Llene los siguientes espacios si tiene dependientes adultos de 19 años o mayores.		
Nombre:		
¿El adulto dependiente trabaja? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre del Empleador:	
¿Le ofrecen seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si contestó sí, qué tipo de seguro: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Familiar	Si contestó no, razón: <input type="checkbox"/> No se ofrece seguro médico <input type="checkbox"/> Eligible no inscrito <input type="checkbox"/> Empleado(a) de medio tiempo <input type="checkbox"/> Nuevo(a) empleado(a) elegible ___/___/_____
¿El dependiente adulto está activo en las fuerzas armadas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿El dependiente adulto tiene otro seguro médico? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, por favor escriba el nombre: _____ Número de Póliza: _____ Fecha de Efectividad: _____		
Firma del dependiente adulto:	Fecha:	

Nombre:		
¿El adulto dependiente trabaja? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre del Empleador:	
¿Le ofrecen seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si contestó sí, qué tipo de seguro: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Familiar	Si contestó no, razón: <input type="checkbox"/> No se ofrece seguro médico <input type="checkbox"/> Eligible no inscrito <input type="checkbox"/> Empleado(a) de medio tiempo <input type="checkbox"/> Nuevo(a) empleado(a) elegible ___/___/_____
¿El dependiente adulto está activo en las fuerzas armadas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿El dependiente adulto tiene otro seguro médico? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, por favor escriba el nombre: _____ Número de Póliza: _____ Fecha de Efectividad: _____		
Firma del dependiente adulto:	Fecha:	

Información de Seguros Adicionales – Proporcione otros seguros médicos incluyendo medicare/medicaid.				
Persona(s) Cubierta(s)	Nombre del Seguro Adicional	Fecha Efectiva	Número de Póliza	Tipo de Seguro
				<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Familiar
				<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Familiar

**Información de Consentimiento:**

Al firmar abajo reconozco que el Culinary Health Fund y sus agentes autorizados pueden hacer uso y revelar la información de salud por motivos relacionados con evaluar, procesar y revisar mi reclamo o el reclamo de mis dependientes, y doy consentimiento para la divulgación de información requerida por el Culinary Health Fund, por un profesional médico, hospital u otra institución de cuidado médico, organización de apoyo a un seguro, farmacia, agencia gubernamental, compañía de seguro, grupo asegurado, empleador, o administrador del plan de beneficios.

Este consentimiento será válido por el periodo de mi elegibilidad y la de mis dependientes bajo el plan de beneficios del Culinary Health Fund.

Entiendo y acepto que cualquier información incorrecta u omisión intencional proporcionada en este formulario puede resultar en la terminación de mis beneficios y los de mis dependientes.

Por la presente certifico que la información proporcionada en este formulario es completa y correcta a mi leal saber y entender.

Firma del participante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



1901 Las Vegas Blvd. So. Suite 107  
 Las Vegas, Nevada 89104-1309  
 (702) 733-9938  
 www.culinaryhealthfund.org

## Culinary Health Fund (UNITE HERE HEALTH)

### FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS PARA EL SEGURO DE VIDA DEL PLAN 150

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE	
NOMBRE COMPLETO (APELLIDO, PRIMERO, SEGUNDO):	
FECHA DE NACIMIENTO:	SSN:
DIRECCIÓN, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL:	
TELÉFONO:	
CORREO ELECTRÓNICO:	

BENEFICIARIOS PRIMARIOS DEL SEGURO DE VIDA			
NOMBRE (APELLIDO, PRIMERO, SEGUNDO):			SSN (si disponible):
FECHA DE NACIMIENTO:	RELACIÓN:	PORCIÓN DEL BENEFICIO: %	
DIRECCIÓN, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL:			
TELÉFONO:			

NOMBRE (APELLIDO, PRIMERO, SEGUNDO):			SSN (si disponible):
FECHA DE NACIMIENTO:	RELACIÓN:	PORCIÓN DEL BENEFICIO: %	
DIRECCIÓN, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL:			
TELÉFONO:			

NOMBRE (APELLIDO, PRIMERO, SEGUNDO):			SSN (si disponible):
FECHA DE NACIMIENTO:	RELACIÓN:	PORCIÓN DEL BENEFICIO: %	
DIRECCIÓN, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL:			
TELÉFONO:			

NOMBRE (APELLIDO, PRIMERO, SEGUNDO):			SSN (si disponible):
FECHA DE NACIMIENTO:	RELACIÓN:	PORCIÓN DEL BENEFICIO: %	
DIRECCIÓN, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL:			
TELÉFONO:			

BENEFICIARIOS SECUNDARIOS DEL SEGURO DE VIDA			
NOMBRE (APELLIDO, PRIMERO, SEGUNDO):			SSN (si disponible):
FECHA DE NACIMIENTO:	RELACIÓN:	PORCIÓN DEL BENEFICIO: %	
DIRECCIÓN, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL:			
TELÉFONO:			

NOMBRE (APELLIDO, PRIMERO, SEGUNDO):			SSN (si disponible):
FECHA DE NACIMIENTO:	RELACIÓN:	PORCIÓN DEL BENEFICIO: %	
DIRECCIÓN, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL:			
TELÉFONO:			

El monto total de todas las porciones debe ser equivalente al 100%. Si usted nombra a más de un beneficiario pero no indica el porcentaje que cada uno recibirá, el monto total será dividido equitativamente entre los beneficiarios vivos. Si usted nombra a más de un beneficiario y uno de ellos fallece antes de usted, la porción de ese beneficiario será dividida equitativamente entre los beneficiarios sobrevivientes, al menos que usted indique de otra manera. La misma regla aplica a sus beneficiarios secundarios.

La cobertura depende de los requisitos de elegibilidad del Plan y todos los beneficios del plan están sujetos a las reglas adoptadas por la Junta Directiva del UNITE HERE HEALTH Fund. Este formulario reemplaza todas los nombramientos previos de beneficiarios. Debe ser firmada y fechada para tener validez, y no entrará en vigor hasta ser recibida por la oficina del Culinary Health Fund.

Firma del Participante/Asegurado: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

# Cuestionario Privado de Salud



## INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

NOMBRE COMPLETO (APELLIDO, PRIMERO, SEGUNDO):

FECHA DE NACIMIENTO:

SSN:

DIRECCIÓN:

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL:

TELÉFONO:

CORREO ELECTRÓNICO:

¿Dónde trabaja usted? \_\_\_\_\_

¿Cuál es su posición? \_\_\_\_\_

1. ¿Alguna vez ha tenido algún otro seguro médico?  Sí  No

Si contestó sí, ¿qué seguro? \_\_\_\_\_

2. ¿Tiene un doctor regular?  Sí, Dr. \_\_\_\_\_  No

3. ¿Usted fuma?  Sí  No

Si contestó sí, ¿le gustaría dejar de fumar?  Sí  No

4. ¿Usted sufre de alguna de estas condiciones?

Diabetes

Colesterol Alto

Asma/Alergias

Cardiopatía

Problemas de Riñón

Depresión/Ansiedad

Presión Alta

Enfisema

Cáncer

5. ¿Qué medicamentos está tomando? \_\_\_\_\_

6. ¿Está embarazada?  Sí - Fecha de parto: \_\_\_\_\_  No  N/A

Si contestó sí, ¿le gustaría tomar clases para aprender a amamantar?  Sí  No

7. Seleccione los exámenes que se ha echo:

Examen para el cáncer de colon (50+)

Examen de la próstata (hombres 40+)

Examen sanguíneo para el colesterol

Papanicolau (mujeres)

Mamografía (mujeres)

Fecha (si la sabe): \_\_\_\_\_

Fecha (si la sabe): \_\_\_\_\_

Examen de la osteoporosis (mujeres 65+)

# ENROLLMENT FORM



1901 Las Vegas Blvd. So. Suite 107  
 Las Vegas, Nevada 89104-1309  
 702-733-9938  
 www.culinaryhealthfund.org

Participant Information					
Full Name (Last, First, MI):			Marital Status: <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Divorced/Separated		
			Sex: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female		
DOB:	Social Security #:		Language Preference:		
Address:			<input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Other _____		
City:	State:	Zip:	Name of the Company:		
Telephone:	Cell:		Position:		
Email:			Date of Hire: ___/___/___	Local Union:	

Spouse Information – You must provide original or certified marriage certificate. In the event of divorce you must notify the Culinary Health Fund.					
Last name	First Name - Middle Initial	Date of Birth	Gender	Social Security #	Date of Marriage
			<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female		
Spouse works? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			Employer Name:		
Is insurance offered? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	If yes, insurance type: <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Family	If no, reason: <input type="checkbox"/> Insurance not offered <input type="checkbox"/> Eligible not enrolled <input type="checkbox"/> Part time employee <input type="checkbox"/> New employee eligible ___/___/___			
Does spouse have other insurance? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, please write the name: _____ ID Number/Policy Number: _____ Effective Date: _____					

Dependent Information – You must provide original or certified copy of birth certificate(s).					
Last Name	First Name - Middle Initial	Date of Birth	Gender	Social Security #	Adult Child (19 or Older)?
			<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Adult Dependent Information – Fill out the following for any adult dependent 19 or older.		
Name:		
Adult dependent works? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Employer Name:
Is insurance offered? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	If yes, insurance type: <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Family	If no, reason: <input type="checkbox"/> Insurance not offered <input type="checkbox"/> Eligible not enrolled <input type="checkbox"/> Part time employee <input type="checkbox"/> New employee eligible ___/___/___
Is the adult dependent on active military duty? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Does adult dependent have other insurance? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, please write the name: _____ ID Number/Policy Number: _____ Effective Date: _____		
Signature of Adult Dependent:		Date:

Name:		
Adult dependent works? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Employer Name:
Is insurance offered? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	If yes, insurance type: <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Family	If no, reason: <input type="checkbox"/> Insurance not offered <input type="checkbox"/> Eligible not enrolled <input type="checkbox"/> Part time employee <input type="checkbox"/> New employee eligible ___/___/___
Is the adult dependent on active military duty? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Does adult dependent have other insurance? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, please write the name: _____ ID Number/Policy Number: _____ Effective Date: _____		
Signature of Adult Dependent:		Date:

Other Insurance Information – List any other insurance including Medicare/Medicaid.				
Person(s) Covered	Other Insurance Name	Effective Date	Policy Number	Insurance Type
				<input type="checkbox"/> Medical <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Family
				<input type="checkbox"/> Medical <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Family

## Consent Information:

By my signature below, I acknowledge that the Culinary Health Fund and its authorized agents may use and disclose health information for purpose related to evaluating, processing and reviewing my claims or my dependent's claims, and I consent to the disclosure of information requested by the Culinary Health Fund, by any medical professional, hospital or other medical-care institution, insurance support organization, pharmacy, government agency, insurance company, group policyholder, employer or benefit plan Administrator.

This consent will be valid for the entire period of my eligibility and my dependent's eligibility under the Culinary Health Fund's plan of benefits.

I understand and agree that any intentional omissions or incorrect statements made on this form may result in the termination of my and/or my dependents health benefits.

I hereby certify that all information provided on this form is accurate and complete to the best of my knowledge.

Participant's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



1901 Las Vegas Blvd. So. Suite 107  
 Las Vegas, Nevada 89104-1309  
 (702) 733-9938  
 www.culinaryhealthfund.org

# Culinary Health Fund (UNITE HERE HEALTH) PLAN 150 LIFE INSURANCE BENEFICIARY DESIGNATION FORM

PARTICIPANT INFORMATION	
FULL NAME (LAST, FIRST, MI):	
DOB:	SSN:
ADDRESS, CITY, STATE, ZIP:	
TELEPHONE:	
EMAIL:	

PRIMARY LIFE INSURANCE BENEFICIARIES		
FULL NAME (LAST, FIRST, MI):		SSN (if available):
DOB:	RELATIONSHIP:	SHARE OF BENEFIT: %
ADDRESS, CITY, STATE, ZIP:		
TELEPHONE:		

FULL NAME (LAST, FIRST, MI):		SSN (if available):
DOB:	RELATIONSHIP:	SHARE OF BENEFIT: %
ADDRESS, CITY, STATE, ZIP:		
TELEPHONE:		

FULL NAME (LAST, FIRST, MI):		SSN (if available):
DOB:	RELATIONSHIP:	SHARE OF BENEFIT: %
ADDRESS, CITY, STATE, ZIP:		
TELEPHONE:		

FULL NAME (LAST, FIRST, MI):		SSN (if available):
DOB:	RELATIONSHIP:	SHARE OF BENEFIT: %
ADDRESS, CITY, STATE, ZIP:		
TELEPHONE:		

SECONDARY LIFE INSURANCE BENEFICIARIES		
FULL NAME (LAST, FIRST, MI):		SSN (if available):
DOB:	RELATIONSHIP:	SHARE OF BENEFIT: %
ADDRESS, CITY, STATE, ZIP:		
TELEPHONE:		

FULL NAME (LAST, FIRST, MI):		SSN (if available):
DOB:	RELATIONSHIP:	SHARE OF BENEFIT: %
ADDRESS, CITY, STATE, ZIP:		
TELEPHONE:		

The amount of all shares must total 100%. If you name more than one beneficiary, but do not indicate the percent each beneficiary is to receive, the total amount paid will be divided equally amongst all surviving beneficiaries. If you name more than one primary beneficiary and one of them predeceases you, his or her share will be divided equally among the beneficiaries that survive you, unless you indicate otherwise. The same rule applies to your secondary beneficiaries.

Coverage is dependent upon the Plan's eligibility requirements and all Plan benefits are subject to the rules adopted by the Board of Trustees of the UNITE HERE HEALTH Fund. This form replaces all previous beneficiary designations. It must be signed and dated to be valid, and shall not become effective until received by the Culinary Health Fund Office.

Participant's/Insured's Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

# Private Health Survey



## PARTICIPANT INFORMATION

FULL NAME (LAST, FIRST, MI):

DOB:

SSN:

ADDRESS:

CITY, STATE, ZIP:

TELEPHONE:

EMAIL:

Where do you work? \_\_\_\_\_

What is your job title? \_\_\_\_\_

1. **Have you ever had any other insurance?**  Yes  No

If yes, what insurance? \_\_\_\_\_

2. **Do you have a regular doctor?**  Yes, Dr. \_\_\_\_\_  No

3. **Do you smoke?**  Yes  No

If yes, do you want to quit?  Yes  No

4. **Do you have any of these conditions:**

Diabetes

High Cholesterol

Asthma/Allergies

Heart Disease

Kidney Problems

Depression/Anxiety

High Blood Pressure

COPD (Emphysema)

Cancer

5. **What medications are you taking?** \_\_\_\_\_

6. **Are you pregnant?**  Yes - Due date: \_\_\_\_\_  No  N/A

If you are, would you be interested in a breastfeeding class?  Yes  No

7. **Select any of the tests that you have had:**

Colon Cancer Screening (50+)

Prostate (men 40+)

Blood Test for Cholesterol

PAP smear (women)

Mammogram (Women)

Date (if known): \_\_\_\_\_

Date (if known): \_\_\_\_\_

Osteoporosis Screening (women 65+)