



1901 Las Vegas Blvd. South Suite 107
 Las Vegas, NV 89104
 (702) 733-9938
 www.culinaryhealthfund.org

NOTA: Usted debe cumplir con los requisitos para completar esta aplicación.

INFORMACIÓN DEL JUBILADO			
Apellido:	Primer Nombre:		Segundo Nombre:
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Seguro Social:	Número de Teléfono:	Fecha de Nacimiento:	
Por favor seleccione uno de los siguientes planes: <input type="checkbox"/> Jubilado Solamente \$114.00 / 2 meses de cobertura <input type="checkbox"/> Jubilado y Dependiente \$143.00 / 2 meses de cobertura <input type="checkbox"/> Jubilado y Familia \$150.00 / 2 meses de cobertura			
DEPENDIENTES ELEGIBLES (Lista de quienes serán cubiertos bajo el plan de auto-pagos jubilado)			
Apellido del Cónyuge:	Nombre:		Fecha de Nacimiento:
Apellido del Dependiente:	Nombre:		Fecha de Nacimiento:
Apellido del Dependiente:	Nombre:		Fecha de Nacimiento:
Apellido del Dependiente:	Nombre:		Fecha de Nacimiento:
RETIREMENT INFORMATION			
Fecha de Jubilación: (MM/DD/YYYY)	Ultimo Empleador:	Recibe Jubilación? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (Explique Por Favor) _____	

- Soy jubilado completamente como empleado y he perdido mi estatus de elegibilidad activa.
- Estoy entre las edades de 62 y 65 años.
- Entiendo que la elegibilidad para jubilados no cubre beneficios dental, discapacidad y seguro de vida.
- **Ni yo o ninguno** de mis dependientes somos elegibles (inscritos o no) para beneficios de Medicare.

 Firma del jubilado elegible

 Fecha

Los pagos se pueden hacer solamente hasta que el participantes o dependientes calificados sean elegibles (Inscritos o no) para Medicare. En ese momento, perderá su elegibilidad completamente. Los pagos se vencen el último día de cada uno de los siguientes meses: febrero, abril, junio, agosto, octubre y diciembre sin ningún lapso. Su pago debe ser recibido en esta oficina o matasellado no más tardar del último día de estos meses.