



1199SEIU National Benefit Fund for Home Care Employees

Please fax with **NO** cover sheet to: (646) 473-8878

ENROLLMENT AND PLAN ELECTION FORM

Please review the sections below and complete in black ink. This form is strictly confidential.

A: MEMBER INFORMATION

Member's full name _____ Member's Social Security # _____
 Gender: Female Male Other

Member ID # _____ Date of birth (MM/DD/YYYY) _____

Address _____

City _____ State _____ ZIP code _____

Home telephone _____ Cell phone _____ Email _____

Name of your 1199SEIU Employer _____ Date of hire (MM/DD/YYYY) _____

If you work for another 1199SEIU Employer, name of other Employer _____ Date of hire (MM/DD/YYYY) _____

B: HOUSEHOLD/INCOME INFORMATION:

The below section is required to determine if you are eligible for the Fund's Essential Plan.

Household size: Defined as people filing taxes together (includes legal spouses even if you file taxes separately, minors listed as dependents and anyone else included on your tax returns) 1 2 3 4 5 6 7 8 More than 8

Is anyone in your household under 19 years old? Yes No

The hourly wage you earn for your primary job: \$ _____

The average number of weekly hours worked at your primary job over the past month: _____

Is there an additional source of income earned by you or someone else in your household? Yes No

If yes: What is the range of this total additional income per year? (select the closest range)

Less than \$20,000 \$20,000 - \$30,000 \$30,000 - \$40,000 \$40,000 - \$50,000 \$50,000 - \$60,000
 \$60,000 or more I don't know

Do you currently have Medicaid health insurance? Yes No I don't know

If you don't know, do you have health insurance that is **not provided** by the 1199SEIU National Benefit Fund for Home Care Employees or from another employer or your spouse's employer? Yes No

If yes: Do you pay anything in monthly costs for your health insurance that is **not provided** by the 1199SEIU National Benefit Fund for Home Care Employees but is provided by an employer or your spouse's employer? Yes No

C: PAYROLL DEDUCTION AUTHORIZATION (USE BLACK INK.)

Yes, I want coverage for myself in the 1199SEIU National Benefit Fund for Home Care Employees during periods I am eligible for Eligibility Category 1 or Eligibility Category 2. I consent to my Employer deducting the \$5 weekly premium from my paycheck where required.

If you would like to enroll your child/children, please check the box below and complete the enclosed Dependent Child Enrollment Form.

Yes, I also want coverage for my child(ren) in the 1199SEIU National Benefit Fund for Home Care Employees during periods I am eligible for Eligibility Category 1. I consent to my Employer deducting the required \$15 weekly premium from my paycheck.

(Continued on reverse page)



HCFNIE • 11/23 • ENROLLMENT AND PLAN ELECTION

CONSENT TO RECEIVE DIGITAL COMMUNICATIONS

Please help us "go green" by consenting to receive plan documents and other communications from the 1199SEIU Benefit and Pension Funds electronically. By giving your consent, you will be able to access information quickly and conveniently while also helping to protect the environment. Just check the box below and in the future you will receive Fund communications electronically, instead of by mail. You may request a paper copy of any communication or withdraw your consent to receive electronic communications and documents at any time, free of charge, by visiting MyAccount and clicking "Preferences," or writing to the Plan Administrator at PO Box 2661, New York, NY 10108-2661.

I consent to receive electronic disclosure of important communications from all 1199SEIU Benefit and Pension Funds in which I am a participant, including but not limited to: Explanation of Benefits; Plan Documents (Summary Plan Descriptions, Summary of Benefits and Coverage, Summary of Material Modifications); COBRA notices; Summary Annual Reports; Annual Pension Funding notices and other legally required notices about my healthcare rights and options.

D: PLAN ELECTION FOR ELIGIBILITY CATEGORY 1 (SELECT PLAN A OR PLAN B. USE BLACK INK.)

- A.** **Member Choice Home Care Select site ID :** _____
Choose your Health Center from the enclosed list by using the corresponding site ID (for example: BX001). Write the site ID on the line above. Note: If you do not specify a Health Center, you will be automatically enrolled in one by the Fund.
- B.** **Panel Provider Plan** *(Co-payments apply to this plan)*
Note: If you do not choose a plan, you will be automatically enrolled in Plan B: Panel Provider Plan.

NOTE: During periods you are not qualified for Eligibility Category 1, you will be automatically transitioned to individual coverage in Eligibility Category 2, if you qualify.

I hereby authorize my Employer to withhold the required premium, constituting my premium contribution to the 1199SEIU National Benefit Fund for Home Care Employees (the "Plan"), from my wages whenever I am eligible, and to forward that amount to the Fund. This authorization is made voluntarily based on my specific understanding that: (1) The payment of the required premium contribution is one of the conditions of my coverage in the Plan; and (2) The signing of this authorization form and the making of these payments are not conditions of my employment by my Employer or membership in any Union. The authorization supersedes any previous Fund premium deduction authorization and shall remain in full force and effect until my Employer has received written notification from me of its termination. **I understand that the required premium will not be withheld during periods when I am ineligible for both Eligibility Category 1 and Eligibility Category 2, and will be withheld once I resume eligibility for either Eligibility Category 1 or Eligibility Category 2 with a health reimbursement account. I understand I can decline or opt out of the health reimbursement account offered by Eligibility Category 2 by revoking this premium deduction authorization. Benefits are subject to each Fund's Summary Plan Description (SPD) and the discretion of that Fund.** By signing this form, I authorize (1) the Fund to share my eligibility and enrollment information with my Employer, the Union, BeneStream, or Healthfirst; (2) Any healthcare provider to release to the Fund and its agents any records or information concerning me or any member of my family receiving benefits from the Fund; (3) BeneStream and/or Healthfirst to contact me by phone or electronic address to conduct additional benefit screening and/or enrollment assistance; and (4) Healthfirst to contact me using automated means, including email, phone, or text about Healthfirst products, services, and health-related information. Submitting this form does not obligate me to enroll in a Healthfirst plan. Unless I revoke it in writing, this authorization will be effective as long as I am a participant in the 1199SEIU National Benefit Fund for Home Care Employees. By providing an electronic address, I consent to receive information about my Fund benefits electronically, and I understand that communications sent over the Internet may not be secure. By providing my mobile number, I understand that message and data rates may apply. I understand that under the terms of the Plan, if the Fund pays on my behalf for expenses caused by a third party, it will have a lien on payments I receive from, or on behalf of, the third party and I agree to pay back the Fund for any payments it has made.

X _____
Signature Date (MM/DD/YYYY)





Fondo Nacional de Beneficios para Trabajadores de Cuidados en el Hogar 1199SEIU

Enviar por fax **SIN** la hoja de portada al: (646) 473-8878

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN Y ELECCIÓN DE PLAN

Revise las secciones a continuación y complételas con tinta negra. Este formulario es estrictamente confidencial

A: INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Nombre completo del miembro		Núm. de Seguro Social del miembro		
Núm. de identificación del miembro		Fecha de nacimiento (MM/ DD/AAAA)		
Dirección				
Ciudad		Estado	Código postal	
Teléfono particular		Teléfono móvil	Correo electrónico	
Nombre de su empleador de 1199SEIU		Fecha de contratación (DD/MM/AAAA)		
Si trabaja para otro empleador de 1199SEIU, nombre del otro empleador		Fecha de contratación (MM/DD/AAAA)		

B: INFORMACIÓN DEL HOGAR/INGRESOS:

La siguiente sección es necesaria para determinar si usted es elegible para el Plan Esencial del Fondo.

Tamaño del hogar: Definido como personas que declaran impuestos en conjunto (incluye cónyuges legales incluso si declaran impuestos por separado, menores mencionados como dependientes y cualquier otra persona incluida en sus declaraciones de impuestos)

1 2 3 4 5 6 7 8 Más de 8

¿Hay alguien en su hogar menor de 19 años? Sí No

El salario por hora que gana en su empleo principal es: \$ _____

La cantidad promedio de horas semanales que trabajó en su empleo principal durante el último mes: _____

¿Existe una fuente adicional de ingresos que recibe usted o alguien más en su hogar? Sí No

Si la respuesta es Sí: ¿Cuál es el rango de este ingreso adicional total por año? (seleccione el rango más cercano)

Menos de \$20,000 \$20,000 - \$30,000 \$30,000 - \$40,000 \$40,000 - \$50,000 \$50,000 - \$60,000
 \$60,000 o más No sabe

¿Tiene actualmente seguro médico de Medicaid? Sí No No sabe

Si no lo sabe, ¿tiene seguro médico que **no lo proporciona** el Fondo Nacional de Beneficios para Trabajadores de Cuidados en el Hogar 1199SEIU ni el de otro empleador o el empleador de su cónyuge? Sí No

Si la respuesta es Sí: ¿Paga algo en costos mensuales por su seguro médico que **no sea proporcionado** por el Fondo Nacional de Beneficios para Trabajadores de Cuidados en el Hogar 1199SEIU, pero que lo proporcione un empleador o el empleador de su cónyuge? Sí No

C: AUTORIZACIÓN DE DEDUCCIÓN DE NÓMINA (USE TINTA NEGRA).

Sí, quiero cobertura para mí en el Fondo Nacional de Beneficios para Trabajadores de Cuidados en el Hogar 1199SEIU durante los períodos en los que soy elegible para la Categoría de Elegibilidad 1 o 2. Acepto que mi empleador deduzca la prima semanal de \$5 de mi cheque de pago cuando se requiera.

Si desea inscribir a su(s) hijo(s), marque la casilla a continuación y complete el Formulario de Inscripción de Hijos Dependientes adjunto.

Sí, también quiero cobertura para mis hijos en el Fondo Nacional de Beneficios para Trabajadores de Cuidados en el Hogar 1199SEIU durante los períodos en los que soy elegible para la Categoría de Elegibilidad 1. Acepto que mi empleador deduzca la prima semanal obligatoria de \$15 de mi cheque de pago.

(Continúa en el reverso)



HCFNIE • 11/23 • ENROLLMENT AND PLAN ELECTION

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR COMUNICACIONES DIGITALES

Ayúdenos a “ser ecológicos” al dar su consentimiento para recibir de manera electrónica los documentos del plan y otras comunicaciones de los Fondos de Beneficios y Pensiones de 1199SEIU. Al dar su consentimiento, podrá acceder a la información de forma rápida y cómoda y, al mismo tiempo, contribuirá a proteger el medioambiente. Simplemente marque la casilla a continuación y en el futuro recibirá las comunicaciones del Fondo electrónicamente, en lugar de por correo postal. Puede solicitar de forma gratuita una copia impresa de cualquier comunicación o retirar su consentimiento para recibir comunicaciones y documentos electrónicos en cualquier momento en **MyAccount** y haciendo clic en “Preferences” (Preferencias) o bien, escriba al Administrador del Plan a PO Box 2661, New York, NY 10108-2661.

- Doy mi consentimiento para recibir divulgación electrónica de comunicaciones importantes de todos los Fondos de Beneficios y Pensiones de 1199SEIU en los que soy participante, incluidos, entre otros, los siguientes: Explicación de Beneficios; Documentos del Plan (Descripciones Abreviadas del Plan, Resumen de Beneficios y Cobertura, Resumen de Modificaciones Materiales); avisos COBRA; Informes del Resumen Anual; Avisos Anuales de Fondos de Pensiones y otros avisos requeridos legalmente sobre mis derechos y opciones de atención médica.

D: ELECCIÓN DEL PLAN PARA LA CATEGORÍA DE ELEGIBILIDAD 1 (SELECCIONE EL PLAN A O B. UTILICE TINTA NEGRA).

- A.** **ID del sitio de Member Choice Home Care Select:** _____
Elija su centro de salud de la lista que se adjunta al utilizar la ID del sitio correspondiente (por ejemplo: BX001). Escriba la ID del sitio en la línea de arriba. Nota: Si no especifica un centro de salud, el Fondo le inscribirá automáticamente en uno.
- B.** **Panel Provider Plan** (se aplican copagos a este plan)
Nota: Si usted no elige un plan, se le inscribirá automáticamente en el Plan B: Panel Provider Plan.

NOTA: Durante los períodos en los que no califica para la Categoría de Elegibilidad 1, se le transferirá automáticamente a la cobertura individual en la Categoría de Elegibilidad 2, si califica.

Por medio del presente, autorizo a mi Empleador para que retenga el monto de la prima obligatoria, lo que constituye mi contribución de prima al Fondo Nacional de Beneficios para Trabajadores de Cuidados en el Hogar 1199SEIU (el “Plan”), de mi salario, siempre que sea elegible, y a reenviar dicho monto al Fondo. Doy esta autorización en forma voluntaria en base a mi entendimiento específico de que: (1) el pago de la contribución de prima obligatoria es una de las condiciones de mi cobertura en el Plan; y (2) la firma de este formulario de autorización y la realización de los pagos no son condiciones de empleo por parte de mi Empleador ni de membresía en ningún Sindicato. La autorización reemplaza a cualquier autorización anterior de deducción de primas por parte del Fondo y se mantendrá en plena vigencia hasta que mi Empleador haya recibido una notificación por escrito mía de su cancelación. **Comprendo que la prima requerida no será retenida durante los períodos en que no sea elegible tanto para la Categoría de Elegibilidad 1 como la 2, y que será retenida nuevamente cuando vuelva a ser elegible para cualquiera de las dos categorías, por medio de una cuenta de reembolso médico. Comprendo que puedo rechazar o dar de baja la cuenta de reembolso médico ofrecida por la Categoría de Elegibilidad 2 si revoco esta autorización de deducción de primas. Los beneficios están sujetos a la Descripción Abreviada del Plan (Summary Plan Description, SPD) de cada Fondo y a la discreción de dicho Fondo.** Al firmar este formulario, autorizo (1) al Fondo a compartir mi información de elegibilidad e inscripción con mi Empleador, el Sindicato, BeneStream o Healthfirst; (2) que cualquier proveedor de atención médica divulgue al Fondo y sus representantes cualquier registro o información sobre mí o cualquier miembro de mi familia que reciba beneficios del Fondo; (3) que BeneStream o Healthfirst se comuniquen conmigo por teléfono o dirección electrónica para realizar una evaluación de beneficios adicionales o para ayudarme con la inscripción; y (4) que Healthfirst se comuniquen conmigo utilizando medios automatizados, incluidos correo electrónico, teléfono o mensajes de texto sobre productos, servicios e información relacionada con la salud de Healthfirst. El envío de este formulario no me obliga a inscribirme en un plan de Healthfirst. Salvo que la revoque por escrito, esta autorización tendrá vigencia mientras sea un participante del Fondo Nacional de Beneficios para Trabajadores de Cuidados en el Hogar 1199SEIU. Al proporcionar una dirección electrónica, doy mi consentimiento para recibir información sobre los beneficios de mi Fondo electrónicamente y entiendo que las comunicaciones enviadas a través de Internet pueden no ser seguras. Al proporcionar mi número de celular, entiendo que se pueden aplicar tarifas de mensajes y datos. Comprendo que bajo los términos del Plan, si el Fondo paga en mi representación los gastos causados por un tercero, tendrá un gravamen sobre los pagos que reciba de, o en representación del, tercero, y acepto reintegrar al Fondo por los pagos que haya efectuado.

X
Firma

Fecha (MM/DD/AAAA)



Фонд 1199SEIU National Benefit Fund для работников по уходу на дому

Отправьте по факсу **БЕЗ** титульного листа на номер (646) 473-8878

ФОРМА РЕГИСТРАЦИИ И ВЫБОРА ПЛАНА

Пожалуйста, ознакомьтесь с нижеприведенными разделами и заполните их, пользуясь черной ручкой. Данная форма является конфиденциальной.

А: ИНФОРМАЦИЯ ОБ УЧАСТНИКЕ

Имя и фамилия участника _____ Номер социального страхования участника _____
 Идентификационный номер участника _____ Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ) _____ Пол: Женский Мужской Другой

Адрес _____
 Город _____ Штат _____ Почтовый индекс _____

Домашний телефон _____ Сотовый телефон _____ Адрес электронной почты _____

Наименование вашего работодателя 1199SEIU _____ Дата приема на работу (ММ/ДД/ГГГГ) _____

Если вы трудоустроены у другого работодателя 1199SEIU, наименование другого работодателя _____ Дата приема на работу (ММ/ДД/ГГГГ) _____

В: ИНФОРМАЦИЯ О ДОМОХОЗЯЙСТВЕ/ДОХОДЕ: НИЖЕПРИВЕДЕННЫЙ РАЗДЕЛ ЯВЛЯЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НАЛИЧИЯ У ВАС ПРАВ НА УЧАСТИЕ В ПЛАНЕ ESSENTIAL ФОНДА.

Размер домохозяйства: определяется как количество лиц, подающих совместную налоговую декларацию (включая законных супругов, даже если вы подаете отдельные налоговые декларации, несовершеннолетних лиц, указанных в качестве иждивенцев, и любых других лиц, внесенных в вашу налоговую декларацию)

1 2 3 4 5 6 7 8 Более 8

В вашем домохозяйстве есть лица младше 19 лет? Да Нет

Почасовая оплата, которую вы получаете на своей основной работе: \$ _____

Среднее количество часов в неделю, отработанное на основной работе за последний месяц: _____

Есть ли дополнительный источник дохода, получаемый вами или любым другим лицом в вашем домохозяйстве? Да Нет

Если да: выберите диапазон этого общего дополнительного дохода в год (выберите ближайший диапазон)

Менее \$20,000 \$20,000 - \$30,000 \$30,000 - \$40,000 \$40,000 - \$50,000 \$50,000 - \$60,000
 \$60,000 или более Не знаю

Есть ли у вас в настоящее время медицинская страховка Medicaid? Да Нет Не знаю

Если вы этого не знаете, тогда есть ли у вас медицинская страховка, **не предоставляемая** фондом 1199SEIU National Benefit Fund для работников по уходу на дому или другим работодателем либо работодателем вашего супруга/вашей супруги? Да Нет

Если да: выплачиваете ли вы ежемесячные взносы на медицинское страхование, **не предоставляемое** фондом 1199SEIU National Benefit Fund для работников по уходу на дому, но предоставляемое вашим работодателем либо работодателем вашего супруга/вашей супруги? Да Нет

(Продолжение на обратной странице)



C: РАЗРЕШЕНИЕ НА ВЫЧЕТ ИЗ ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЫ (ИСПОЛЬЗУЙТЕ ЧЕРНУЮ РУЧКУ.)

- Да, я хочу получить страховое покрытие для себя от фонда 1199SEIU National Benefit Fund для работников по уходу на дому в те периоды, когда я могу воспользоваться правами в рамках категории 1 или 2. Я даю разрешение на удержание из моей зарплаты моим работодателем еженедельного страхового взноса в размере \$5, если это необходимо.

Если вы хотите зарегистрировать своего ребенка или детей, поставьте галочку ниже и заполните прилагаемую форму регистрации ребенка-иждивенца.

- Да, я также хочу получить страховое покрытие для моего ребенка (детей) от фонда 1199SEIU National Benefit Fund для работников по уходу на дому в те периоды, когда я могу воспользоваться правами в рамках категории 1. Я даю разрешение на удержание из моей зарплаты моим работодателем еженедельного страхового взноса в размере \$15.

СОГЛАСИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ЭЛЕКТРОННЫХ СООБЩЕНИЙ

Помогите нам позаботиться об окружающей среде и предоставьте свое согласие на получение документов плана и других сообщений от фондов 1199SEIU Benefit and Pension Funds в электронном виде. Если вы предоставите свое согласие, вы сможете быстро и удобно получать доступ к информации, одновременно защищая окружающую среду. Просто поставьте галочку ниже, и в дальнейшем вы будете получать сообщения от фонда в электронном виде, а не по почте. Вы можете запросить любое сообщение в бумажном виде или отозвать согласие на получение сообщений и документов в электронном виде в любое время и бесплатно. Для этого войдите в **MyAccount** и нажмите «Предпочтения» (Preferences) или отправьте письменный запрос администратору плана по следующему адресу: PO Box 2661, New York, NY 10108-2661.

- Я даю согласие на получение важных сообщений в электронном виде от всех фондов 1199SEIU Benefit and Pension Funds, участником которых я являюсь, в том числе, без ограничения, следующих сообщений: разъяснение страховых выплат; документы плана (краткое описание условий планов, краткая информация о льготах и страховом покрытии, краткая информация о существенных изменениях); уведомления COBRA; сводные годовые отчеты; ежегодные уведомления о пенсионном финансировании и другие обязательные по закону уведомления о моих правах и вариантах получения медицинской помощи.

D: ВЫБОР ПЛАНА ДЛЯ ПРАВ КАТЕГОРИИ 1 (ВЫБЕРИТЕ ПЛАН А ИЛИ ПЛАН В. ИСПОЛЬЗУЙТЕ ЧЕРНУЮ РУЧКУ.)

- A.** Код учреждения **Member Choice Home Care Select:** _____
Выберите из прилагаемого списка медицинский центр, в котором вы будете получать услуги (например: BX001). Укажите код выбранного вами центра в строке выше. Примечание: если вы не выберете медицинское учреждение сами, Фонд автоматически регистрирует вас в одном из них.

- B.** План **Panel Provider Plan** (данный план подразумевает доплаты)
Примечание: если вы не выберете план, вы будете автоматически зарегистрированы в Плане B: Panel Provider Plan.

ПРИМЕЧАНИЕ: В течение тех периодов, когда вы не обладаете правами в рамках категории 1, вы будете автоматически переведены на индивидуальное страховое покрытие с правами в рамках категории 2, если будете соответствовать определенным условиям.

Настоящим я разрешаю моему работодателю удерживать требуемую сумму страхового взноса за участие в плане медицинского страхования фонда 1199SEIU National Benefit Fund for Home Care Employees («План») из моей заработной платы и передавать ее Фонду. Данное разрешение дается мною добровольно на основе моего четкого понимания того, что: (1) оплата страхового взноса является одним из условий моего участия в Плане и что (2) подписание мною данной формы и уплата страхового взноса не являются условиями моего трудоустройства работодателем или членства в каком-либо профсоюзе. Данное разрешение заменяет собой все предыдущие разрешения на удержание Фондом страховых взносов и будет оставаться в полной силе и действии до тех пор, пока мой работодатель не получит от меня письменное уведомление о прекращении его действия. Я осведомлен(а) о том, что требуемый страховой взнос не будет удерживаться в периоды, когда я не обладаю правами в рамках категорий 1 и 2, а когда я снова получу соответствующие права в рамках категорий 1 или 2, удержание страхового взноса будет возобновлено в рамках счета покрытия медицинских расходов. Я осведомлен(а) о том, что я могу отказаться от счета покрытия медицинских расходов, предлагаемого в соответствии с категорией прав 2, или аннулировать его, отозвав настоящее разрешение на удержание страхового взноса. Льготы разъяснены в Кратком описании условий плана (Summary Plan Description, SPD) каждого Фонда и могут быть изменены по его усмотрению. Подписывая эту форму, я разрешаю (1) Фонду передать информацию о моем праве на льготы и регистрации в плане страхования моему работодателю, профсоюзу, BeneStream или Healthfirst; (2) всем поставщикам медицинских услуг передавать Фонду и его агентам любые документы и информацию, касающиеся получения мною и любыми членами моей семьи льгот, предоставляемых Фондом; (3) BeneStream и/или Healthfirst связываться со мной по обычной или электронной почте для проведения дополнительной оценки на предмет предоставления льгот и/или оказания помощи при регистрации; и (4) Healthfirst связываться со мной с использованием автоматизированных средств, в том числе по электронной почте, телефону или посредством текстовых сообщений, по поводу продукции, услуг и медицинской информации Healthfirst. Отправка этой формы не обязывает меня регистрироваться в плане Healthfirst. Если я не отменю настоящее разрешение в письменном виде, оно будет действовать на протяжении всего периода моего участия в фонде 1199SEIU National Benefit Fund for Home Care Employees. Предоставляя адрес электронной почты, я соглашаюсь получать информацию о моих льготах от Фонда в электронном виде и понимаю, что сообщения, отправляемые через Интернет, могут быть небезопасными. Предоставляя свой номер мобильного телефона, я понимаю, что могут взиматься тарифы за передачу сообщений и данных. Я понимаю, что в соответствии с условиями Плана, если Фонд оплачивает от моего имени расходы третьей стороне, у Фонда будет право на получение выплат, перечисляемых мне третьей стороной или ее представителями, и соглашаюсь возмещать Фонду все производимые от моего имени платежи.

X
Подпись

Дата (ММ/ДД/ГГГГ)



1199SEIU國家福利基金會之家庭護理雇員

請將無封面頁傳真至:(646) 473-8878

登記和計劃選擇表格

請仔細閱讀以下部分並用黑筆填寫。該表格資訊是嚴格保密的。

A: 會員資料

會員全名	會員的社會安全號碼#	
會員ID #	出生日期 (月/日/年)	性別: <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 其他
地址		
市	州	郵遞區號
住家電話	手機	電子郵件
您1199SEIU雇主姓名	雇用日期 (月/日/年)	
如果您為其他1199SEIU雇主工作,請填寫其他雇主的姓名	雇用日期 (月/日/年)	

B: 家庭/收入資料: 需要以下部分來確定您是否有資格符合該基金會的基本計劃。

家庭規模: 定義為一起報稅的人 (包括合法配偶 (即使您單獨報稅)、列為受撫養人的未成年人以及在您納稅申報表中包含的任何其他人)

1 2 3 4 5 6 7 8 超過8人

您家裡是否有人未滿19歲? 是 否

您主要工作的時薪:\$ _____

過去一個月您主要工作的平均每週工作時間: _____

您或您家裡的其他人是否有額外的收入來源? 是 否

如果是: 每年這個額外收入總額的範圍是多少? (選擇最接近的範圍)

低於\$20,000 \$20,000 - \$30,000 \$30,000 - \$40,000 \$40,000 - \$50,000 \$50,000 - \$60,000

\$60,000或以 我不知道

您目前有醫療補助的健康保險嗎? 有 沒有 我不知道

如果您不知道, 請問您是否享有1199SEIU國家福利基金會之家庭護理雇員或其他雇主或您配偶的雇主未提供的健康保險? 是 否

如果有: 請問您每月支付的健康保險費用, 不是由1199SEIU國家福利基金會之家庭護理雇員提供, 而是由雇主或您配偶的雇主所提供的?

是 否

C: 薪資扣除授權書 (請使用黑筆。)

是的, 在我符合資格類別1或資格類別2的期間, 我希望在1199SEIU給家庭護理雇員之國家福利基金會裡享有自己個人的保險福利。我同意我的雇主根據需要從我的薪資中扣除每週\$5元保費。

如果您想為您的孩子報名, 請在下面方框中打勾並填妥隨附的受撫養子女登記表。

是的, 在我符合資格類別1的期間, 我也希望我的孩子在1199SEIU給家庭護理雇員之國家福利基金會裡享有保險福利。我同意我的雇主從我的薪資中扣除每週所需的\$15元保費。

(Continued on reverse page)



HCFNIE • 11/23 • ENROLLMENT AND PLAN ELECTION

同意接收數字通訊

請同意以電子方式接收來自1199SEIU福利和養老基金會的計劃文件和其他通訊以幫助我們“走向綠色”。經過您的同意後，您將能夠快速、方便地接收訊息，同時也有助於保護環境。只需勾選下面的方框，未來您將會以電子方式接收基金會的通訊消息，而不是透過郵件。您可以隨時免費索取任何通訊的紙質副本或撤回您對接收電子通訊和文件的同意，方法是瀏覽我的帳戶，並點擊“首選項”，或請寫信至計劃管理員，地址：PO Box 2661, New York NY 10108-2661。

我同意接收我參與的所有1199SEIU福利和養老基金會重要通訊之電子披露，包括但不限於：福利說明；計劃文件（計劃概要說明、福利和保險範圍摘要、重大修改摘要）；COBRA通知；年度摘要報告；年度養老金通知以及有關我醫療保健權利和選擇之其他法律要求的通知。

D: 資格類別1的計劃選擇 (請選擇A計劃或B計劃。請使用黑筆。)

A. 會員選擇家庭護理計劃之地點ID:

請使用隨附列表中之對應地點ID(例如: BX001)以選擇您的健康中心。請在上面的線上寫下地點ID。請注意: 如果您未指定一家健康中心, 您將會透過基金會自動加入其中一家。

B. 健康保險供應計劃(共同支付適用於該計劃)

請注意: 如果您不選擇一個計劃, 您將會自動加入B計劃: 健康保險供應計劃。

請注意: 在您不符合資格類別1的期間, 您將自動轉換為資格類別2中的個人保險, 如果您符合資格。

我特此授權我的雇主在我符合資格時從我的薪資中扣除所需的保費, 構成我的保費供款給1199SEIU國家福利基金會之家庭護理雇員(簡稱“計劃”), 並轉發該金額給基金會。此授權是基於本人的具體理解而自願作出的: (1) 繳納所需的保費是我參加該計劃的條件之一; 以及 (2) 簽署本授權表和支付這些款項並不是我受雇主僱用或加入任何工會之條件。該授權取代任何之前基金會的保費扣除授權書, 並且在我的雇主收到我的終止書面通知之前應保持完全效力。我了解當我不符合資格類別1和資格類別2的期間, 將不會扣除所需的保費, 一旦透過健康報銷帳戶我恢復資格類別1或資格類別2的時候, 該費用將會被扣除。我了解我可以透過撤銷此保費扣除授權來拒絕或選擇退出資格類別2提供的健康報銷帳戶。福利取決於每個基金會的計劃概要說明(SPD)和該基金會的酌情權。透過簽署此表格, 我授權(1) 基金會與我的雇主、工會、BeneStream或Healthfirst分享我的資格和註冊資訊; (2) 任何醫療保健提供者向本基金會及其代理人發佈有關我或我的任何家庭成員從本基金會所領取福利之任何記錄或訊息; (3) BeneStream和/或Healthfirst透過電話或電子地址與我聯繫以進行額外的福利篩選和/或註冊協助; 以及(4) Healthfirst使用自動化方式與我聯繫, 包括電子郵件、電話或簡訊, 關於Healthfirst產品、服務和健康等相關訊息。提交此表格並不強制我加入Healthfirst計劃。除非我以書面形式撤銷, 只要我是1199SEIU國家福利基金會家庭護理雇員之一名參與者, 此授權將一直有效。透過提供電子地址, 我同意以電子方式接收有關我基金會的福利訊息, 並且我了解透過網路發送的通訊可能不安全。透過提供我的手機號碼, 我了解可能需要支付簡訊費和數據費。我了解根據該計劃的條款, 如果基金會以我的名義支付因第三方所造成的開支, 它將對我從第三方或代表第三方收到的付款擁有留置權, 並且我同意償還基金會已支付的任何款項。

X
簽名

日期(月/日/年)



1199SEIU Fon Avantaj Nasyonal pou Anplwaye Swen Adomisil yo

Tanpri fakte **SAN** fèy kouvèti bay: (646) 473-8878

FÒM ENSKRIPSYON AK POU CHWAZI PLAN

Tanpri revize seksyon ki anba yo epi ranpli ak lank nwa. Fòm sa a estrikteman konfidansyèl.

A: ENFÒMASYON SOU MANM YO

Non konplè manm nan		#Sekrite Sosyal Manm nan		
# ID Manm		Dat nesans (MM/JJ/AAAA)		
Adrès		Sèks: <input type="checkbox"/> Fi <input type="checkbox"/> Gason <input type="checkbox"/> Lòt		
Vil		Eta		Kòd Postal
Telefòn lakay		Telefòn selilè		Imèl
Non Anplwayè 1199SEIU ou a		Dat anbochman (MM/JJ/AAAA)		
Si w ap travay pou yon lòt Anplwayè 1199SEIU, non lòt Anplwayè a		Dat anbochman (MM/JJ/AAAA)		

B: ENFÒMASYON SOU KAY/REVNI: Seksyon ki anba a obligatwa pou detèmine si ou kalifye pou Plan Essential Fon an.

Gwosè kay la: Defini kòm moun ki ranpli taks ansanm (gen ladan mari oswa madanm legal menm si ou ranpli taks separeman, minè ki nan lis kòm depandan ak nenpòt lòt moun ki enkli nan deklarasyon taks ou) 1 2 3 4 5 6 7 8 Plis pase 8

Èske gen moun lakay ou ki poko gen 19 an? Wi Non

Salè pa èdtan ou touche pou travay prensipal ou a: \$ _____

Kantite mwayèn èdtan pa semèn ou travay nan travay prensipal ou pandan mwa ki sot pase a: _____

Èske gen yon lòt sous revni oumenm oswa yon lòt moun nan kay ou a touche? Wi Non

Si wi: Ki kantite total revni adisyonèl sa a pa ane? (chwazi entèval ki pi pre a)

- Mwens pase \$20,000 \$20,000 - \$30,000 \$30,000 - \$40,000 \$40,000 - \$50,000 \$50,000 - \$60,000
- \$60,000 oswa plis M pa konnen

Èske w gen asirans sante Medicaid kounye a? Wi Non M pa konnen

Si w pa konnen, èske w gen asirans sante ki **pa founi pa** Fon Avantaj Nasyonal 1199SEIU pou Anplwaye Swen Adomisil oswa yon lòt anplwayè w oswa anplwayè mari ou? Wi Non

Si wi: Èske w peye yon pati nan frè masyèl pou asirans sante w ki pa founi pa Fon Avantaj Nasyonal 1199SEIU pou Anplwaye Swen Adomisil yo men ki founi pa yon anplwayè oswa anplwayè mari ou? Wi Non

C: OTORIZASYON DEDIKSYON PEWÒL (SÈVI AK LANK NWA.)

Wi, mwen vle kouvèti asirans pou tèt mwen nan Fon Avantaj Nasyonal 1199SEIU pou Anplwaye Swen Adomisil yo pandan peryòd mwen kalifye pou Kategori Elijiblite 1 oswa 2. Mwen dakò pou Anplwayè mwen an dedwi prim \$5 pa semèn nan sou chèk mwen an kote sa nesèsè.

Si w ta renmen enskri pitit ou a/pitit ou yo, tanpri tcheke kare ki anba a epi ranpli Fòm Enskripsyon Timoun Depandan ki andedan anvlòp la.

Wi, mwen vle tou kouvèti asirans pou pitit mwen an (yo) nan Fon Avantaj Nasyonal 1199SEIU pou Anplwaye Swen Adomisil yo pandan peryòd mwen kalifye pou Kategori Elijiblite 1. Mwen dakò pou Anplwayè mwen an retire prim \$15 chak semèn ki nesèsè a nan chèk peman mwen an.

(Kontinye nan do paj la)



KONSANTMAN POU RESEVWA KOMINIKASYON DIJITAL

Tanpri ede nou "vin ekolojik" lè w dakò pou nou resevwa dokiman plan ak lòt kominikasyon nan men Fon Avantaj ak Pansyon 1199SEIU elektwonikman. Lè w bay konsantman w, w ap kapab jwenn aksè a enfòmasyon byen vit e fasil pandan w ap ede pwoteje anviwònman an tou. Jis tcheke kare ki anba a epi alavni w ap resevwa kominikasyon Fon an elektwonikman, olye pou pa lapòs. Ou ka mande yon kopi papye nenpòt kominikasyon oswa retire konsantman w pou resevwa kominikasyon elektwonik ak dokiman nenpòt ki lè, gratis, lè w vizite **MyAccount** (Kont Mwen) epi klike sou "Preferences"(Preferans), oswa ekri Administratè Plan an nan PO Box 2661, New York, NY 10108-2661.

- Mwen dakò pou m resevwa divilgasyon elektwonik sou kominikasyon enpòtan ki soti nan tout Fon Avantaj ak Pansyon 1199SEIU kote mwen se yon patisipan, ki gen ladan men pa sèlman: Eksplikasyon Avantaj yo; Dokiman Plan (Rezime Deskripsyon Plan, Rezime Avantaj ak Kouvèti Asirans, Rezime Modifikasyon Materyèl); avi COBRA; Rezime Rapò Anyèl; Avi Anyèl Finansman Pansyon ak lòt avi legalman obligatwa sou dwa ak opsyon swen sante mwen yo.

D: CHWA PLAN POU ELLIJIBILITE KATEGORI 1 (CHWAZI PLAN A OSWA PLAN B. ITILIZE LANK NWA.)

- A.** **Id Sit Member Choice Home Care Select :** _____
Chwazi Sant Sante w la nan lis ki anvlop la lè w itilize ID sit ki koresponn lan (pa egzanp: BX001). Ekri ID sit la sou liy ki anwo a. Remak: Si w pa presize yon Sant Sante, Fon an pral enskri w otomatikman nan youn.
- B.** **Plan Panel Provider** (Ko-peman aplike nan plan sa a)
Remak: Si w pa chwazi yon plan, w ap enskri otomatikman nan Plan B: Plan Panel Provider.

REMAK: Pandan peryòd ou pa kalifye pou Kategori Eljibilite 1, ou pral otomatikman fè tranzisyon nan kouvèti asirans endividyèl nan Kategori Eljibilite 2, si ou kalifye.

Mwen otorize Anplwayè mwen an pou l kenbe prim ki nesèsè a, sa ki reprezante kontribisyon prim mwen an nan Fon Avantaj Nasyonal 1199SEIU pou Anplwaye Swen Adomisil yo ("Plan an"), nan salè mwen chak fwa mwen kalifye, epi voye montan sa a bay Fon an. Mwen bay otorizasyon sa a volontèman selon sa mwen konprann espesifikman, ke: (1) Peman kontribisyon prim obligatwa a se youn nan kondisyon pwoteksyon asirans mwen an nan Plan an; epi (2) Siyen fòm otorizasyon sa a ak fè peman sa yo se pa kondisyon travay mwen pa Anplwayè mwen oswa manm nan nenpòt sendika. Otorizasyon an ranplase nenpòt otorizasyon anvan dediksyon prim Fon an epi li pral rete an vigè epi efektif jiskaske Patwon mwen an resevwa notifikasyon alekri nan men mwen sou revokasyon li. **Mwen konprann ke yo p ap kenbe prim obligatwa a pandan peryòd kote mwen pa kalifye pou Kategori Eljibilite 1 ak 2, epi yo pral sispann yon fwa mwen reprann kalifikasyon pou swa Kategori Eljibilite 1 oswa Kategori Eljibilite 2 ak yon kont ranbousman sante. Mwen konprann mwen ka refize oswa patisipe nan kont ranbousman sante Eljibilite kategori 2 ofri a lè yo anile otorizasyon dediksyon prim sa a. Avantaj yo depann de Rezime Deskripsyon Plan (Summary Plan Description, SPD) Fon an ak diskresyon Fon sa a.** Lè mwen siyen fòm sa a, mwen otorize (1) Fon an pataje enfòmasyon sou kalifikasyon mwen ak enskripsyon mwen ak Anplwayè mwen an, Sendika a, BeneStream, oswa Healthfirst; (2) Nenpòt pwofesyonèl swen sante pou bay Fon an ak ajan li yo nenpòt dosye oswa enfòmasyon konsènan mwen oswa nenpòt manm fanmi mwen k ap resevwa avantaj nan men Fon an; (3) BeneStream ak/oswa Healthfirst pou kontakte mwen pa telefòn oswa adrès elektwonik pou fè depistaj avantaj adisyonèl ak/oswa asistans enskripsyon; epi (4) Healthfirst pou kontakte mwen lè l sèvi avèk mwayen otomatik, tankou imèl, telefòn, oswa tèks sou pwodwi, sèvis Healthfirst, ak enfòmasyon ki gen rapò ak sante. Lè m soumèt fòm sa li pa oblije m enskri nan yon plan Healthfirst. Sòf si mwen anile li alekri, otorizasyon sa a ap an vigè toutotan mwen patisipe nan Fon Avantaj Nasyonal 1199SEIU pou Anplwaye Swen Adomisil yo. Lè mwen bay yon adrès elektwonik, mwen dakò pou mwen resevwa enfòmasyon sou avantaj Fon mwen an elektwonikman, epi mwen konprann ke kominikasyon yo voye sou Entènèt la ka pa an sekirite. Lè m bay nimewo mobil mwen an, mwen konprann tarif pou mesaj ak done yo ka aplike. Mwen konprann ke dapre kondisyon Plan an, si Fon an peye nan non mwen pou depans ki te koze pa yon twazyèm pati, li pral gen yon privilèj sou peman mwen resevwa nan men, oswa nan non, twazyèm pati a epi mwen dakò pou ranbouse Fon an pou nenpòt peman li te fè.

X
Siyati

Dat (MM/JJ/AAAA)