



Your Future — Our Focus

CHICAGO REGIONAL COUNCIL OF CARPENTERS WELFARE FUND

12 EAST ERIE STREET • CHICAGO, IL 60611

(312) 787-9455, OPTION 3

FAX: 312-951-1515



* P I F *

Forma Informacyjna Uczestnika

Instrukcje: **Proszę Drukować Wyraznie Atramentem.** Proszę wypełnić ten formularz w całości, podpisać i odesłać do urzędu funduszu na powyższy adres. Ten wypełniony formularz również można przesłać faksem pod powyższy numer faksu. **Jesli formularz nie zostanie wypełniona w calosci,** zostanie odesłany i płatności wszelkich roszczeń zdrowotnych będą opóźnione.

Part 1 – Informacja Uczestnika					
1. Nazwisko		Imie		Inicjal Srodkowego Imienia	
2. Numer Soc. Sec. lub Numer Individual Tax ID (ITIN):			3. Numer I.D. BCBS		
4. Adres Domowy			5. Miasto		6. Stan
7. Kod Pocztowy			8. Data Urodzenia: / /		
9. Plec: <input type="checkbox"/> Meczczyna <input type="checkbox"/> Kobieta			10. Status Malzenski: (Zaznacz Jedno) <input type="checkbox"/> Panna/Kawaler <input type="checkbox"/> Poslubny <input type="checkbox"/> W Separacji <input type="checkbox"/> Rozwiedzony <input type="checkbox"/> Wdowiec/Wdowa		
11. Numer Telefonu: ()			12. Numer Komorki: ()		
13. Adres Email:			14. Czy korzystasz z Medicare lub Tricare? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jesli tak, podaj numer Medicare Claim/Karty Tricare (HIC):		
Part 2 – Informacja o Malzonku					
1. Nazwisko		Imie		Inicjal Srodkowego Imienia	
2. Numer Soc. Sec. lub Numer Individual Tax ID (ITIN) (Obowiazkowe):			3. Data Urodzenia / /		
4. Numer Telefonu: ()			5. Czy korzystasz z Medicare lub Tricare? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jesli tak, podaj numer Medicare/Karty Tricare (HIC):		
6. Czy Zona/ Maz jest Zatrudniona(y)? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jesli tak, Nazwa Pracodawcy:			7. Numer Telefonu Pracodawcy ()		
8. Adres Pracodawcy			9. Miasto		10. Stan
11. Kod Pocztowy			Part 3 – Dane o Dzieciach na Utrzymaniu. Wypełnij wszystkie informacje aby forma nie została zwrócona jako niekompletna.		
1a. Nazwisko Dziecka		Imie		Inicjal	
1b. Data Dziecka Urodz. / /		1c. Dziecka Plec: <input type="checkbox"/> Chlopiec <input type="checkbox"/> Dziewcz		1d. Pokrewienstwo do Uczestnika: <input type="checkbox"/> Syn <input type="checkbox"/> Corka <input type="checkbox"/> Pasierb <input type="checkbox"/> Inne Wytlumacz Inne:	
1e. Czy powyzej wymienione dziecko mieszka pod tym samym adresem co Uczestnik: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jesli nie, podaj adres: Miasto: Stan:			1f. Malzonku Numer Soc. Sec. (Obowiazkowe)		1g. Czy Dziecko jest na Medicare lub Tricare? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak Jesli tak, podaj numer Medicare/Karty Tricare (HIC):
2a. Nazwisko Dziecka		Imie		Inicjal	
2b. Data Dziecka Urodz. / /		2c. Dziecka Plec: <input type="checkbox"/> Chlopiec <input type="checkbox"/> Dziewcz		2d. Pokrewienstwo do Uczestnika: <input type="checkbox"/> Syn <input type="checkbox"/> Corka <input type="checkbox"/> Pasierb <input type="checkbox"/> Inne Wytlumacz Inne:	
2e. Czy powyzej wymienione dziecko mieszka pod tym samym adresem co Uczestnik: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jesli nie, podaj adres: Miasto: Stan:			2f. Malzonku Numer Soc. Sec. (Obowiazkowe)		2g. Czy Dziecko jest na Medicare lub Tricare? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak Jesli tak, podaj numer Medicare/Karty Tricare (HIC):
3a. Nazwisko Dziecka		Imie		Inicjal	
3b. Data Dziecka Urodz. / /		3c. Dziecka Plec: <input type="checkbox"/> Chlopiec <input type="checkbox"/> Dziewcz		3d. Pokrewienstwo do Uczestnika: <input type="checkbox"/> Syn <input type="checkbox"/> Corka <input type="checkbox"/> Pasierb <input type="checkbox"/> Inne Wytlumacz Inne:	
3e. Czy powyzej wymienione dziecko mieszka pod tym samym adresem co Uczestnik: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jesli nie, podaj adres: Miasto: Stan:			3f. Malzonku Numer Soc. Sec. (Obowiazkowe)		3g. Czy Dziecko jest na Medicare lub Tricare? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak Jesli tak, podaj numer Medicare/Karty Tricare (HIC):
5. Czy potrzebujesz wymienic dodatkowe osoby na utrzymaniu? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jesli tak, prosze ich wymienic na oddzielnej kartce i dolaczyc do tej formy.					
Part 4 – Informacja o Innym Ubezpieczeniu					
1. Czy ty, twoj malzonek lub dzieci na utrzymaniu sa ubezpieczone pod innym planem szpitalnym,medycznym, dentystycznym?: <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak			2. Jesli tak, podaj nazwe ubezpieczenia:		
3. Numer Polisy:		4. Numer telefonu do ubezpieczenia: ()		5. Czlonki rodziny ktore sa pokryte pod tym planem (zaznacz wszystkie co dotyczy): <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Malzonka <input type="checkbox"/> Wszystkie Dzieci <input type="checkbox"/> Dziecko Podaj imie/imiona:	
PROSZE DOLACZYĆ KOPIE OBU STRON KARTY INNEGO UBEZPIECZENIA I/LUB KARTY MEDICARE WLACZNIE Z TA FORMA					
Deklaracja: Jest to oszustwo aby wypełnić tą formę z wiedzą że powyższa informacja jest fałszywa lub świadomie pomijając ważne fakty. Kryminalne i/lub cywilne kary mogą wynikać z takiego działania. Jeżeli powyżej podana informacja jest nieprawda, zgadzam się do zwrotu kosztów do Chicago Regional Council of Carpenters Welfare Fund które zostały wywołane przez tą fałszywie podaną informację. Otrzymanie tej formy nie gwarantuje kwalifikacji.					
X Podpis Uczestnika			Data		
X Podpis Zony/Meza			Data		

Part 3 – Dane o Dzieciach na Utrzymaniu. Wypełnij wszystkie informacje aby forma nie została zwrócona jako niekompletna.

4a. Nazwisko Dziecka	Imie	Inicjal	4b. Data Dziecka Urodz.	4c. Dziecka Plec:	4d. Pokrewienstwo do Uczestnika:
			/ /	<input type="checkbox"/> Chłopiec <input type="checkbox"/> Dziewcz	<input type="checkbox"/> Syn <input type="checkbox"/> Corka <input type="checkbox"/> Pasierb <input type="checkbox"/> Inne Wytłumacz Inne:
4e. Czy powyżej wymienione dziecko mieszka pod tym samym adresem co Uczestnik: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie			4f. Malzonku Numer Soc. Sec. (Obowiązkowe)		4g. Czy Dziecko jest na Medicare lub Tricare? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Jesli nie, podaj adres: Miasto: Stan:					Jesli tak, podaj numer Medicare/Karty Tricare (HIC)::
5a. Nazwisko Dziecka	Imie	Inicjal	5b. Data Dziecka Urodz.	5c. Dziecka Plec:	5d. Pokrewienstwo do Uczestnika:
			/ /	<input type="checkbox"/> Chłopiec <input type="checkbox"/> Dziewcz	<input type="checkbox"/> Syn <input type="checkbox"/> Corka <input type="checkbox"/> Pasierb <input type="checkbox"/> Inne Wytłumacz Inne:
5e. Czy powyżej wymienione dziecko mieszka pod tym samym adresem co Uczestnik: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie			5f. Malzonku Numer Soc. Sec. (Obowiązkowe)		5g. Czy Dziecko jest na Medicare lub Tricare? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Jesli nie, podaj adres: Miasto: Stan:					Jesli tak, podaj numer Medicare/Karty Tricare (HIC)::
6a. Nazwisko Dziecka	Imie	Inicjal	6b. Data Dziecka Urodz.	6c. Dziecka Plec:	6d. Pokrewienstwo do Uczestnika:
			/ /	<input type="checkbox"/> Chłopiec <input type="checkbox"/> Dziewcz	<input type="checkbox"/> Syn <input type="checkbox"/> Corka <input type="checkbox"/> Pasierb <input type="checkbox"/> Inne Wytłumacz Inne:
6e. Czy powyżej wymienione dziecko mieszka pod tym samym adresem co Uczestnik: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie			6f. Malzonku Numer Soc. Sec. (Obowiązkowe)		6g. Czy Dziecko jest na Medicare lub Tricare? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Jesli nie, podaj adres: Miasto: Stan:					Jesli tak, podaj numer Medicare/Karty Tricare (HIC)::
7a. Nazwisko Dziecka	Imie	Inicjal	7b. Data Dziecka Urodz.	7c. Dziecka Plec:	7d. Pokrewienstwo do Uczestnika:
			/ /	<input type="checkbox"/> Chłopiec <input type="checkbox"/> Dziewcz	<input type="checkbox"/> Syn <input type="checkbox"/> Corka <input type="checkbox"/> Pasierb <input type="checkbox"/> Inne Wytłumacz Inne:
7e. Czy powyżej wymienione dziecko mieszka pod tym samym adresem co Uczestnik: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie			7f. Malzonku Numer Soc. Sec. (Obowiązkowe)		7g. Czy Dziecko jest na Medicare lub Tricare? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Jesli nie, podaj adres: Miasto: Stan:					Jesli tak, podaj numer Medicare/Karty Tricare (HIC)::
8a. Nazwisko Dziecka	Imie	Inicjal	8b. Data Dziecka Urodz.	8c. Dziecka Plec:	8d. Pokrewienstwo do Uczestnika:
			/ /	<input type="checkbox"/> Chłopiec <input type="checkbox"/> Dziewcz	<input type="checkbox"/> Syn <input type="checkbox"/> Corka <input type="checkbox"/> Pasierb <input type="checkbox"/> Inne Wytłumacz Inne:
8e. Czy powyżej wymienione dziecko mieszka pod tym samym adresem co Uczestnik: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie			8f. Malzonku Numer Soc. Sec. (Obowiązkowe)		8g. Czy Dziecko jest na Medicare lub Tricare? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Jesli nie, podaj adres: Miasto: Stan:					Jesli tak, podaj numer Medicare/Karty Tricare (HIC)::
9a. Nazwisko Dziecka	Imie	Inicjal	9b. Data Dziecka Urodz.	9c. Dziecka Plec:	9d. Pokrewienstwo do Uczestnika:
			/ /	<input type="checkbox"/> Chłopiec <input type="checkbox"/> Dziewcz	<input type="checkbox"/> Syn <input type="checkbox"/> Corka <input type="checkbox"/> Pasierb <input type="checkbox"/> Inne Wytłumacz Inne:
9e. Czy powyżej wymienione dziecko mieszka pod tym samym adresem co Uczestnik: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie			9f. Malzonku Numer Soc. Sec. (Obowiązkowe)		9g. Czy Dziecko jest na Medicare lub Tricare? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Jesli nie, podaj adres: Miasto: Stan:					Jesli tak, podaj numer Medicare/Karty Tricare (HIC)::
10a. Nazwisko Dziecka	Imie	Inicjal	10b. Data Dziecka Urodz.	10c. Dziecka Plec:	10d. Pokrewienstwo do Uczestnika:
			/ /	<input type="checkbox"/> Chłopiec <input type="checkbox"/> Dziewcz	<input type="checkbox"/> Syn <input type="checkbox"/> Corka <input type="checkbox"/> Pasierb <input type="checkbox"/> Inne Wytłumacz Inne:
10e. Czy powyżej wymienione dziecko mieszka pod tym samym adresem co Uczestnik: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie			10f. Malzonku Numer Soc. Sec. (Obowiązkowe)		10g. Czy Dziecko jest na Medicare lub Tricare? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Jesli nie, podaj adres: Miasto: Stan:					Jesli tak, podaj numer Medicare/Karty Tricare (HIC)::