



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



Participant Information Form

Instrucciones: **Escriba Claramente en tinta.** Debe llenar esta forma en su totalidad, firmarla y regresarla a la oficina del Fondo en el sobre, incluido **lo mas pronto posible.** Usted puede regresarlo por fax al número mencionado arriba. Si falta de llenarla **POR COMPLETO** se le regresará la forma y se demorará el pago de los reclamos para usted y sus dependientes.

Parte #1 – Información del Participante				
Apellido del Participante: Nombre Inicial del Segundo Nombre		1. Número de Seguro Social o Numero de Impuestos Individual (ITIN)		2. Número de Identificación de la tarjeta de Blue Cross Blue Shield
Domicilio del Participante		3. Ciudad	4. Estado	5. Zona Postal
6. Fecha de Nacimiento		7. Genero: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		8. Estado Civil: (Escoger uno) <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo
9. Número de Teléfono: ()		10. Número de celular: ()		
11. Correo Electrónico:		11. ¿Tiene Medicare o Tricare? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si lo tiene, indique el número de Medicare/Tricare (HIC):		

Parte #2 – Información de su Cónyuge				
Apellido del Cónyuge Nombre Inicial del Segundo Nombre		1. (Obligatorio) Número de Seguro Social o Número de Impuestos Individual (ITIN)		
2. Fecha de Nacimiento / /		3. Número de Teléfono: ()		4. ¿Tiene usted Medicare o Tricare? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si lo tiene, indique el número de Medicare/Tricare (HIC):
5. ¿Esta empleado su cónyuge?: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es que si: Nombre del Empleador:			6. Número de Teléfono del Empleador: ()	
7. Domicilio del Empleador:		8. Ciudad	9. Estado	10. Zona Postal

Parte #3 – Información de sus Dependientes. Debe de llenar por completo o la forma se le regresara como incompleta.					
1a. Apellido del Dependiente Nombre Inicial del Segundo Nombre		1b. Fecha de Nacimiento del Dependiente / /		1c. Genero del Dependiente: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
1d. Relación con el Participante: <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otro Explique Otro:		1e. Radica este dependiente con el Participante en el mismo domicilio: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si no, indique el domicilio Ciudad: Estado:		1f. Número de seguro social del Dependiente (Obligatorio)	
1g. ¿Tiene Medicare o Tricare? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si lo tiene, indique el número de Medicare/Tricare (HIC):		2a. Apellido del Dependiente Nombre Inicial del Segundo Nombre		2b. Fecha de Nacimiento del Dependiente / /	
2c. Relación con el Participante: <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otro Explique Otro:		2d. Relación con el Participante: <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otro Explique Otro:		2e. Radica este dependiente con el Participante en el mismo domicilio: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si no, indique el domicilio Ciudad: Estado:	
2f. Número de seguro social del Dependiente (Obligatorio)		2g. ¿Tiene Medicare o Tricare? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si lo tiene, indique el número de Medicare/Tricare (HIC):		3a. Apellido del Dependiente Nombre Inicial del Segundo Nombre	
3b. Fecha de Nacimiento del Dependiente / /		3c. Genero del Dependiente: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		3d. Relación con el Participante: <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otro Explique Otro:	
3e. Radica este dependiente con el Participante en el mismo domicilio: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si no, indique el domicilio Ciudad: Estado:		3f. Número de seguro social del Dependiente (Obligatorio)		3g. ¿Tiene Medicare o Tricare? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si lo tiene, indique el número de Medicare/Tricare (HIC):	

5. ¿Necesita mencionar más dependientes? Si No Si, por favor enlístelos en la forma adjacente y regrésela.

Parte #4 – Información Sobre Otra Cobertura		
1. ¿Tiene usted, su cónyuge o dependientes cobertura por medio de otro Plan Medico, Dental o de Visión?: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		2. Si la tiene, el nombre de la otra cobertura es:
3. Número de Póliza:	4. Número de Teléfono de la otra cobertura: ()	5. Los miembros de Familia asegurados con la otra cobertura (mencione todos los que apliquen <input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Todo los Dependientes <input type="checkbox"/> Dependiente Mencione Nombre(s):

*****POR FAVOR ENVIE UNA COPIA DE LA TARJETA DE LA OTRA COBERTURA DE AMBOS LADOS Y/O LA TARJETA DE MEDICARE CUANDO REGRESE ESTA FORMA*****

Declaración: Es fraudulento llenar esta forma con información incorrecta o conscientemente omitir información o hechos importantes. Penalidades civiles o criminales podrán resultar de tal acto. Si cualquiera de la información que yo llene es incorrecto, yo estoy de acuerdo en reembolsar el Chicago Regional Council of Carpenters Welfare Fund por cualquier cantidad de dinero que fue inducido a pagar como el resultado de la información que yo proporcione. Recibo de esta forma no es una garantía de elegibilidad.

X _____	_____	X _____	_____
Firma del Participante	Fecha	Firma del Cónyuge	Fecha

4a. Apellido del Dependiente	Nombre	Inicial del Segundo Nombre	4b. Fecha de Nacimiento del Dependiente / /	4c. Genero del Dependiente: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	4d. Relación con el Participante: <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otro Explique Otro:
4e. Radica este dependiente con el Participante en el mismo domicilio: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si no, indique el domicilio Ciudad: Estado:			4f. Número de seguro social del Dependiente (Obligatorio)	4g. ¿Tiene Medicare o Tricare? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si lo tiene, indique el número de Medicare/Tricare (HIC):	
5a. Apellido del Dependiente	Nombre	Inicial del Segundo Nombre	5b. Fecha de Nacimiento del Dependiente / /	5c. Genero del Dependiente: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	5d. Relación con el Participante: <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otro Explique Otro:
5e. Radica este dependiente con el Participante en el mismo domicilio: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si no, indique el domicilio Ciudad: Estado:			5f. Número de seguro social del Dependiente (Obligatorio)	5g. ¿Tiene Medicare o Tricare? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si lo tiene, indique el número de Medicare/Tricare (HIC):	
6a. Apellido del Dependiente	Nombre	Inicial del Segundo Nombre	6b. Fecha de Nacimiento del Dependiente / /	6c. Genero del Dependiente: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	6d. Relación con el Participante: <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otro Explique Otro:
6e. Radica este dependiente con el Participante en el mismo domicilio: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si no, indique el domicilio Ciudad: Estado:			6f. Número de seguro social del Dependiente (Obligatorio)	6g. ¿Tiene Medicare o Tricare? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si lo tiene, indique el número de Medicare/Tricare (HIC):	
7a. Apellido del Dependiente	Nombre	Inicial del Segundo Nombre	7b. Fecha de Nacimiento del Dependiente / /	7c. Genero del Dependiente: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	7d. Relación con el Participante: <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otro Explique Otro:
7e. Radica este dependiente con el Participante en el mismo domicilio: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si no, indique el domicilio Ciudad: Estado:			7f. Número de seguro social del Dependiente (Obligatorio)	7g. ¿Tiene Medicare o Tricare? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si lo tiene, indique el número de Medicare/Tricare (HIC):	
8a. Apellido del Dependiente	Nombre	Inicial del Segundo Nombre	8b. Fecha de Nacimiento del Dependiente / /	8c. Genero del Dependiente: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	8d. Relación con el Participante: <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otro Explique Otro:
8e. Radica este dependiente con el Participante en el mismo domicilio: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si no, indique el domicilio Ciudad: Estado:			8f. Número de seguro social del Dependiente (Obligatorio)	8g. ¿Tiene Medicare o Tricare? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si lo tiene, indique el número de Medicare/Tricare (HIC):	
9a. Apellido del Dependiente	Nombre	Inicial del Segundo Nombre	9b. Fecha de Nacimiento del Dependiente / /	9c. Genero del Dependiente: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	9d. Relación con el Participante: <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otro Explique Otro:
9e. Radica este dependiente con el Participante en el mismo domicilio: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si no, indique el domicilio Ciudad: Estado:			9f. Número de seguro social del Dependiente (Obligatorio)	9g. ¿Tiene Medicare o Tricare? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si lo tiene, indique el número de Medicare/Tricare (HIC):	
10a. Apellido del Dependiente	Nombre	Inicial del Segundo Nombre	10b. Fecha de Nacimiento del Dependiente / /	10c. Genero del Dependiente: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	10d. Relación con el Participante: <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otro Explique Otro:
10e. Radica este dependiente con el Participante en el mismo domicilio: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si no, indique el domicilio Ciudad: Estado:			10f. Número de seguro social del Dependiente (Obligatorio)	10g. ¿Tiene Medicare o Tricare? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si lo tiene, indique el número de Medicare/Tricare (HIC):	