

LAS INSTRUCCIONES – FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

- Completar los Apartados I y II del formulario de inscripción. Firme ambas líneas firmadas en la parte inferior del formulario de inscripción.
- Si inscribe a un cónyuge, incluya una copia de su certificado de matrimonio con su formulario de inscripción. Si inscribe a un niño menor de 26 años, incluya una copia del certificado de nacimiento del niño.
- Si inscribe a una pareja doméstica, debe completar e incluir un formulario de solicitud de pareja doméstica con su formulario de inscripción. Puede descargar el formulario de solicitud de este sitio o llamar a la oficina del Fondo Fiduciario al (213) 747-7551 o (877) 492-2778 para que le envíen un formulario por correo. Vea las instrucciones adicionales a continuación.
- Si su cónyuge o su hijo no tiene número de seguro social para la inscripción de la cobertura, complete e incluya un formulario de Safe Harbor para ser incluido con su formulario de inscripción. Puede descargar el formulario de Puerto Seguro de este sitio o llamar a la oficina del Fondo Fiduciario al (213) 747-7551 o (877) 492-2778 para que le envíen un formulario por correo.
- Actualmente, el Fondo Fiduciario no acepta formularios de inscripción en línea. Envíe su formulario de inscripción completado y firmado y cualquier documento mencionado anteriormente:

Por correo o en persona:

CSE Health & Welfare Trust Fund
828 W Washington Blvd
Los Angeles, CA 90015

por fax: (indique su nombre y número de seguro social en cada página)

(213) 747-2896

LAS INSTRUCCIONES – SOLICITUD DE PAREJA DE HECHO

- Tenga en cuenta que debe pagar impuestos mensuales sobre la renta imputados por el valor de los beneficios H&W proporcionados a su pareja doméstica inscrita. Llame a la oficina del Fondo Fiduciario para determinar la cantidad en dólares de los impuestos mensuales sobre la renta que se le exigirá pagar
- Complete los formularios Solicitud inicial de cobertura para pareja de hecho ("*Initial Application for Domestic Partner Coverage*") y Declaración jurada de pareja de hecho ("*Affidavit of Domestic Partnership*"). Lleve sus formularios completos a un notario público.
- Envíe sus formularios de solicitud completos al Fondo Fiduciario, incluidos dos (2) de los siguientes:
 - Comprobante de cuenta bancaria conjunta (Copia del estado de cuenta bancario con su nombre y el de su pareja de hecho)
 - Comprobante de arrendamiento conjunto/hipoteca de residencia mutua
 - Estado de cuenta conjunto (por ejemplo: facturas de servicios públicos [gas o electricidad] con su nombre y el de su pareja de hecho)

INSTRUCCIONES - FORMULARIO DE PUERTO SEGURO

- Use este formulario solo si alguno de sus dependientes no tiene número de seguro social y no está inscrito en las Partes A y B de Medicare.
- Marque la casilla "No" en las Secciones I a III y complete la Sección IV del Formulario de Puerto Seguro.

LAS INSTRUCCIONES - FORMULARIO DE BENEFICIARIO DE SEGUROS DE VIDA Y AD&D

Si su acuerdo de negociación colectiva incluye beneficios de Seguro de Vida, debe designar a un beneficiario con el Fideicomiso. Cuando usted sea elegible por primera vez para la cobertura H&W, el Fondo Fiduciario le enviará por correo un paquete de inscripción que incluye un formulario de beneficiario de seguro de vida.

- Complete la sección superior del formulario de beneficiario del seguro de vida que se incluyó en su paquete de inscripción.
- Escriba su nombre completo, número de seguro social y la información de su beneficiario en la sección inferior. Firme y feche la parte inferior del formulario de beneficiario
- Si está casado, usted y su cónyuge deben firmar y fechar la parte inferior del formulario de beneficiario.
- Devuelva los formularios completados al Fondo Fiduciario en el sobre de devolución con su dirección proporcionada.

LAS INSTRUCCIONES – EXENCIÓN POR INCAPACIDAD

Si perdió la cobertura H&W debido a una enfermedad, puede ser elegible para la cobertura H&W continua a través del Fondo Fiduciario sin costo alguno para usted. Debe tener al menos 12 meses consecutivos de cobertura H&W a través del Fondo Fiduciario como empleado activo antes de estar fuera del trabajo.

- Para solicitar la cobertura gratuita de H&W por discapacidad, complete la parte superior del Formulario de Discapacidad Extendida y pida a su médico que complete la parte inferior. Por favor llame a la oficina del Fondo Fiduciario al (213) 747-7551 para que le envíen el formulario por correo. También puede descargar el formulario desde este sitio web.
- En lugar de completar el formulario, también puede obtener un informe de situación laboral de Kaiser o una carta de incapacidad de su médico, que muestre las fechas en que está enfermo y no puede trabajar.
- Envíe el Formulario de Incapacidad Extendida O el Informe de Situación Laboral de Kaiser O la Carta de Incapacidad de su médico al Fondo Fiduciario:

Por correo o en persona:

CSE Health & Welfare Trust Fund
828 W Washington Blvd
Los Angeles, CA 90015

por fax: (indique su nombre y número de seguro social en cada página)

(213) 747-2896

- Usted es elegible para un máximo de 3 meses de cobertura gratuita de H&W por discapacidad si tuvo al menos 12 meses consecutivos de cobertura de empleado activo, o hasta 6 meses si tuvo al menos 24 meses consecutivos de cobertura de empleado activo. Si aún no puede regresar al trabajo y desea pagar la cobertura H&W continua, puede solicitar la cobertura de continuación de COBRA. Una oferta de COBRA se le enviará automáticamente por correo cuando su cobertura de discapacidad termine.