



North Atlantic States  
CARPENTERS BENEFIT FUNDS

Health  
Benefits Fund

Massachusetts Office  
350 Fordham Road  
Wilmington, MA 01887  
Phone: 800-344-1515  
Fax: 978-752-1148  
[carpentersfund.org](http://carpentersfund.org)

Connecticut Office  
10 Broadway  
Hamden, CT 06518  
Phone: 800-922-6026  
Fax: 203-288-3235  
[carpentersfund.org](http://carpentersfund.org)

## Dependent Enrollment Form

**Both sides of this form must be completed and returned with the appropriate proof documents to insure your dependent(s)**

**PLEASE LIST ALL OF YOUR DEPENDENTS AND CORRESPONDING REQUIRED INFORMATION BELOW**

|  |   |
|--|---|
| DEPENDENT (1) NAME (please print)                |   |
| Relationship to Member                           | <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Stepchild <input type="checkbox"/> Adopted Child <input type="checkbox"/> Foster Child <input type="checkbox"/> Legal Dependent |
| Address (No. Street, City, State, Zip)           |   |
| Social Security Number<br>(provide copy of card) |   |
| Date of Birth                                    |   |

|  |   |
|--|---|
| DEPENDENT (2) NAME (please print)                |   |
| Relationship to Member                           | <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Stepchild <input type="checkbox"/> Adopted Child <input type="checkbox"/> Foster Child <input type="checkbox"/> Legal Dependent |
| Address (No. Street, City, State, Zip)           |   |
| Social Security Number<br>(provide copy of card) |   |
| Date of Birth                                    |   |

|  |   |
|--|---|
| DEPENDENT (3) NAME (please print)                |   |
| Relationship to Member                           | <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Stepchild <input type="checkbox"/> Adopted Child <input type="checkbox"/> Foster Child <input type="checkbox"/> Legal Dependent |
| Address (No. Street, City, State, Zip)           |   |
| Social Security Number<br>(provide copy of card) |   |
| Date of Birth                                    |   |

|  |   |
|--|---|
| DEPENDENT (4) NAME (please print)                |   |
| Relationship to Member                           | <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Stepchild <input type="checkbox"/> Adopted Child <input type="checkbox"/> Foster Child <input type="checkbox"/> Legal Dependent |
| Address (No. Street, City, State, Zip)           |   |
| Social Security Number<br>(provide copy of card) |   |
| Date of Birth                                    |   |

|  |   |
|--|---|
| <b>DEPENDENT (5) NAME (please print)</b>                 |   |
| <b>Relationship to Member</b>                            | <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Stepchild <input type="checkbox"/> Adopted Child <input type="checkbox"/> Foster Child <input type="checkbox"/> Legal Dependent |
| <b>Address (No. Street, City, State, Zip)</b>            |   |
| <b>Social Security Number<br/>(provide copy of card)</b> |   |
| <b>Date of Birth</b>                                     |   |

|  |   |
|--|---|
| <b>DEPENDENT (6) NAME (please print)</b>                 |   |
| <b>Relationship to Member</b>                            | <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Stepchild <input type="checkbox"/> Adopted Child <input type="checkbox"/> Foster Child <input type="checkbox"/> Legal Dependent |
| <b>Address (No. Street, City, State, Zip)</b>            |   |
| <b>Social Security Number<br/>(provide copy of card)</b> |   |
| <b>Date of Birth</b>                                     |   |

**The member must provide the following information to validate the dependent(s) listed above.  
IMPORTANT: THIS FORM WILL NOT BE PROCESSED IF THE SECTION BELOW IS LEFT BLANK**

|  |  |
|--|--|
| <b>MEMBER NAME (please print)</b>                        |  |
| <b>Address (No. Street, City, State, Zip)</b>            |  |
| <b>UBC #</b>   |  |
| <b>Social Security Number<br/>(provide copy of card)</b> |  |
| <b>Date of Birth</b>                                     |  |
| <b>Email Address</b>                                     |  |
| <b>Local Union</b>                                       |  |
| <b>Telephone Number</b>                                  |  |

I certify that the information provided on this form, for myself and eligible dependents, is true and correct. I understand that any false information provided may jeopardize future coverage and/or processing of claims on behalf of myself and eligible dependents.

**Member Signature  
(electronic signature not accepted)**

**Witness Signature  
(Member's signature MUST be witnessed)**

**Date**

**Completed form and Proof Documents should be returned to:**

North Atlantic States Carpenters Benefit Funds  
 Member Services  
 350 Fordham Road  
 Wilmington, MA 01887  
**Phone:** 800-344-1515 **Fax:** 978-752-1164



North Atlantic States  
CARPENTERS BENEFIT FUNDS

Health  
Benefits Fund

Massachusetts Office  
350 Fordham Road  
Wilmington, MA 01887  
Phone: 800-344-1515  
Fax: 978-752-1148  
[carpentersfund.org](http://carpentersfund.org)

Connecticut Office  
10 Broadway  
Hamden, CT 06518  
Phone: 800-922-6026  
Fax: 203-288-3235  
[carpentersfund.org](http://carpentersfund.org)

## List of Required Proof Documents for Member and Dependents

(Originals are NOT required)

|                        |   |
|------------------------|---|
| <b>Member</b>          | Birth Certificate (issued by city or town hall)   |
| <b>Spouse</b>          | Marriage Certificate (issued by city or town hall)  |
| <b>Child</b>           | Long Form Birth Certificate (newborns must provide within 6 months of birth) <b>OR</b><br>Qualified Medical Child Support Order (if applicable)   |
| <b>Stepchild</b>       | Marriage Certificate<br><br>Long Form Birth Certificate<br><br>Divorce Decree - if the child's natural parents were married and divorced. Documentation must show who is financially responsible for the child's medical insurance <b>OR</b><br>A court order or written statement indicating whether the natural mother and/or father is responsible for providing health insurance for the child. |
| <b>Adopted Child</b>   | Long Form Birth Certificate<br>Final Adoption Paperwork<br>Adoption Placement Paperwork   |
| <b>Foster Child</b>    | Long Form Birth Certificate<br>Foster care papers that show the name of the person who was placed in foster care and the date of placement.   |
| <b>Legal Dependent</b> | Long Form Birth Certificate<br>Legal Guardian Court Documents   |



## Formulario de inscripción de dependientes del fondo de beneficios

*Los dos lados de este formulario deben ser completados y devueltos con los documentos de prueba apropiados para asegurar a sus dependientes*

**POR FAVOR ENUMERE TODOS SUS DEPENDIENTES Y LA INFORMACIÓN REQUERIDA CORRESPONDIENTE A CONTINUACIÓN**

|  |  |
|--|--|
| NOMBRE DE DEPENDIENTE (1)<br>(por favor escriba)                 |  |
| Relación al miembro  | <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Hijo adoptivo <input type="checkbox"/> Hijo en custodia <input type="checkbox"/> Dependiente legal |
| Dirección (No. Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)             |  |
| Número de seguro social<br>(Proporcione una copia de la tarjeta) |  |
| Fecha de nacimiento  |  |

|  |  |
|--|--|
| NOMBRE DE DEPENDIENTE (2)<br>(por favor escriba)                 |  |
| Relación al miembro  | <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Hijo adoptivo <input type="checkbox"/> Hijo en custodia <input type="checkbox"/> Dependiente legal |
| Dirección (No. Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)             |  |
| Número de seguro social<br>(Proporcione una copia de la tarjeta) |  |
| Fecha de nacimiento  |  |

|  |  |
|--|--|
| NOMBRE DE DEPENDIENTE (3)<br>(por favor escriba)                 |  |
| Relación al miembro  | <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Hijo adoptivo <input type="checkbox"/> Hijo en custodia <input type="checkbox"/> Dependiente legal |
| Dirección (No. Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)             |  |
| Número de seguro social<br>(Proporcione una copia de la tarjeta) |  |
| Fecha de nacimiento  |  |

|  |  |
|--|--|
| NOMBRE DE DEPENDIENTE (4)<br>(por favor escriba)                 |  |
| Relación al miembro  | <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Hijo adoptivo <input type="checkbox"/> Hijo en custodia <input type="checkbox"/> Dependiente legal |
| Dirección (No. Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)             |  |
| Número de seguro social<br>(Proporcione una copia de la tarjeta) |  |
| Fecha de nacimiento  |  |

|  |  |
|--|--|
| <b>NOMBRE DE DEPENDIENTE (5)<br/>(por favor escriba)</b>                 |  |
| <b>Relación al miembro</b>   | <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Hijo adoptivo <input type="checkbox"/> Hijo en custodia <input type="checkbox"/> Dependiente legal |
| <b>Dirección (No. Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)</b>              |  |
| <b>Número de seguro social<br/>(Proporcione una copia de la tarjeta)</b> |  |
| <b>Fecha de nacimiento</b>   |  |

|  |  |
|--|--|
| <b>NOMBRE DE DEPENDIENTE (6)<br/>(por favor escriba)</b>                 |  |
| <b>Relación al miembro</b>   | <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Hijo adoptivo <input type="checkbox"/> Hijo en custodia <input type="checkbox"/> Dependiente legal |
| <b>Dirección (No. Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)</b>              |  |
| <b>Número de seguro social<br/>(Proporcione una copia de la tarjeta)</b> |  |
| <b>Fecha de nacimiento</b>   |  |

**EL MIEMBRO DEBE PROVEER LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PARA VALIDAR A LOS DEPENDIENTES  
MENTIONADOS ANTERIORMENTE:**

**IMPORTANTE: Este formulario NO se procesará si la sección a continuación se deja en blanco**

|  |  |
|--|--|
| <b>Nombre de miembro (por favor escriba)</b>                             |  |
| <b>Dirección (No. Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)</b>              |  |
| <b>UBC #</b>   |  |
| <b>Número de seguro social<br/>(Proporcione una copia de la tarjeta)</b> |  |
| <b>Fecha de nacimiento</b>   |  |
| <b>Dirección de correo electrónico</b>                                   |  |
| <b>Sindicato local</b>   |  |
| <b>Número de teléfono</b>  |  |

Certifico que la información proporcionada en este formulario, para mí y para las personas a mi cargo, es verdadera y correcta. Entiendo que cualquier información falsa que facilite puede poner en peligro la cobertura futura y/o la tramitación de solicitudes de reembolso en mi nombre y en el de las personas a mi cargo que reúnan los requisitos necesarios.

**Firma del miembro  
(firma electrónica no aceptada)**      **Firma del testigo  
(La firma del miembro DEBE ser atestiguada)**      **Fecha**

**Formas completadas y documentos de prueba deben ser devueltos a una de las direcciones  
enumeradas a continuación:**

North Atlantic States Carpenters Benefit Funds  
Member Services  
350 Fordham Road  
Wilmington, MA 01887  
Phone: 800-344-1515 Fax: 978-752-1164



North Atlantic States  
CARPENTERS BENEFIT FUNDS

Beneficios  
de Salud

Oficina de Massachusetts  
350 Fordham Road  
Wilmington, MA 01887  
Teléfono: 800-344-1515  
Fax: 978-752-1148  
[carpentersfund.org](http://carpentersfund.org)

Oficina de Connecticut  
10 Broadway  
Hamden, CT 06518  
Teléfono: 800-922-6026  
Fax: 203-288-3235  
[carpentersfund.org](http://carpentersfund.org)

## Lista de Documentos Requeridos para el Miembro y Dependientes

**(Documentos Originales NO son necesarios)**

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <b>Miembro</b>           | Acta de nacimiento (emitida por el Municipio o la Alcaldía)  |
| <b>Cónyuge</b>           | Acta de matrimonio (emitida por el Municipio o la Alcaldía)  |
| <b>Hijo (a)</b>          | Acta de nacimiento (Necesaria dentro 6 meses de nacimiento para los recién nacidos) <b>O</b><br>Orden Judicial Mandatoria de Cobertura Médica (si corresponde)   |
| <b>Hijastro</b>          | Acta de matrimonio<br><br>Acta de Nacimiento en Formato Largo<br><br>Decreto de divorcio - si los padres naturales del hijo estaban casados o divorciados. La documentación debe mostrar quién es financieramente responsable del seguro médico del hijo (a) <b>O</b><br>Un mandato judicial o una declaración escrita que indique si la madre y/o el padre biológicos son responsables de proporcionar seguro médico para el hijo (a) |
| <b>Hijo adoptivo</b>     | Acta de Nacimiento en Formato Largo<br>Certificado Final de adopción<br>Documentos de acta de trámites de adopción   |
| <b>Hijo en custodia</b>  | Documentos de custodia temporal que muestran el nombre de la persona que fue colocada en custodia temporal y la fecha de colocación.   |
| <b>Dependiente legal</b> | Acta de Nacimiento en Formato Largo<br>Documentos judiciales de la custodia legal  |