



## 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**

<b>DEPENDENT (1) 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 (provide copy of card)</b>	
<b>Date of Birth</b>	

<b>DEPENDENT (2) 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 (provide copy of card)</b>	
<b>Date of Birth</b>	

<b>DEPENDENT (3) 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 (provide copy of card)</b>	
<b>Date of Birth</b>	

<b>DEPENDENT (4) 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 (provide copy of card)</b>	
<b>Date of Birth</b>	

DEPENDENT (5) 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 (provide copy of card)	
Date of Birth	

DEPENDENT (6) 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 (provide copy of card)	
Date of Birth	

**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**

MEMBER NAME (please print)	
Address (No. Street, City, State, Zip)	
UBC #	
Social Security Number (provide copy of card)	
Date of Birth (provide copy of birth certificate)	
Email Address	
Local Union	
Telephone Number	

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



## List of Required Proof Documents for Member and Dependents

(Originals are NOT required)

<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> Qualified Medical Child Support Order (if applicable)
<b>Stepchild</b>	Marriage Certificate  Long Form Birth Certificate  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> 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 Final Adoption Paperwork Adoption Placement Paperwork
<b>Foster Child</b>	Long Form Birth Certificate 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 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**

<b>NOMBRE DE DEPENDIENTE (1)</b> (por favor escriba)	
<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</b> (Proporcione una copia de la tarjeta)	
<b>Fecha de nacimiento</b>	

<b>NOMBRE DE DEPENDIENTE (2)</b> (por favor escriba)	
<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</b> (Proporcione una copia de la tarjeta)	
<b>Fecha de nacimiento</b>	

<b>NOMBRE DE DEPENDIENTE (3)</b> (por favor escriba)	
<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</b> (Proporcione una copia de la tarjeta)	
<b>Fecha de nacimiento</b>	

<b>NOMBRE DE DEPENDIENTE (4)</b> (por favor escriba)	
<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</b> (Proporcione una copia de la tarjeta)	
<b>Fecha de nacimiento</b>	

<b>NOMBRE DE DEPENDIENTE (5)</b> (por favor escriba)	
<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</b> (Proporcione una copia de la tarjeta)	
<b>Fecha de nacimiento</b>	

<b>NOMBRE DE DEPENDIENTE (6)</b> (por favor escriba)	
<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</b> (Proporcione una copia de la tarjeta)	
<b>Fecha de nacimiento</b>	

**EL MIEMBRO DEBE PROVEER LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PARA VALIDAR A LOS DEPENDIENTES MENCIONADOS 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</b> (Proporcione una copia de la tarjeta)	
<b>Fecha de Nacimiento</b> (proporcione copia del acta de nacimiento)	
<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



## Lista de Documentos Requeridos para el Miembro y Dependientes

(Documentos Originales NO son necesarios)

<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> Orden Judicial Mandatoria de Cobertura Médica (si corresponde)
<b>Hijastro</b>	Acta de matrimonio  Acta de Nacimiento en Formato Largo  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> 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 Certificado Final de adopción Documentos de acta de tramites 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 Documentos judiciales de la custodia legal