



North Atlantic States Carpenters
Health Benefits Fund

Massachusetts Office
350 Fordham Road
Wilmington, MA 01887
www.carpentersfund.org
Phone: 800-344-1515
Fax: 978-752-1164

Connecticut Office
10 Broadway
Hamden, CT 06518
www.ctcarpentersfunds.org
Phone: 800-922-6026
Fax: 203-230-5958

**North Atlantic States Carpenters Health Benefits Fund
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 YOUR DEPENDENTS AND CORRESPONDING REQUIRED INFORMATION BELOW:

DEPENDENT (1) NAME (please print)	
Relationship to Member	<input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Ex-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	
Date of Birth	

DEPENDENT (2) NAME (please print)	
Relationship to Member	<input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Ex-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	
Date of Birth	

DEPENDENT (3) NAME (please print)	
Relationship to Member	<input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Ex-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	
Date of Birth	

DEPENDENT (4) NAME (please print)	
Relationship to Member	<input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Ex-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	
Date of Birth	

DEPENDENT (5) NAME (please print)	
Relationship to Member	<input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Ex-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	
Date of Birth	

DEPENDENT (6) NAME (please print)	
Relationship to Member	<input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Ex-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	
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	
Date of Birth	
Email Address	
Local Union	
Telephone Number	

Member Signature

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

Date

Completed forms and Proof Documents should be returned to one of the addresses listed below:

North Atlantic States Carpenters Benefit Funds
Wilmington Office
350 Fordham Road
Wilmington, MA 01887

North Atlantic States Carpenters Benefit Funds
Connecticut Office
10 Broadway
Hamden, CT 06518



North Atlantic States Carpenters
Health Benefits Fund

Massachusetts Office
350 Fordham Road
Wilmington, MA 01887
www.carpentersfund.org
Phone: 800-344-1515
Fax: 978-752-1164

Connecticut Office
10 Broadway
Hamden, CT 06518
www.ctcarpentersfunds.org
Phone: 800-922-6026
Fax: 203-230-5958

North Atlantic States Carpenters Health Benefits Fund

List of Required Proof Documents for Member and Dependent(s)

(Originals are NOT required)

Member	Birth Certificate (<u>issued by city or town hall</u>)
Spouse	Marriage Certificate (<u>issued by city or town hall</u>)
Ex-Spouse	Divorce Decree and all associated documents identifying which party is responsible for medical insurance
Child	Long Form Birth Certificate (Newborns must provide within 6 months of birth) or Qualified Medical Child Support Order (if applicable)
Stepchild	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 or A court order or written statement indicating whether the natural mother and/or father is responsible for providing health insurance for the child
Adopted Child	Long Form Birth Certificate Final Adoption Paperwork Adoption Placement Paperwork
Foster Child	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.
Legal Dependent	Long Form Birth Certificate Legal Guardian Court Documents



Carpinteros de los Estados del Atlántico Norte
Fondo de Beneficios de Salud

Oficina de Massachusetts
350 Fordham Road
Wilmington, MA 01887
www.carpentersfund.org
Teléfono: 800-344-1515
Fax: 978-752-1164

Oficina de Connecticut
10 Broadway
Hamden, CT 06518
www.ctcarpentersfunds.org
Teléfono: 800-922-6026
Fax: 203-230-5958

**Formulario de inscripción de dependientes del fondo de beneficios
de salud para carpinteros de los estados del Atlántico Norte**

*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) (por favor escribir)	
Relación al miembro	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Ex 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	
Fecha de nacimiento	

NOMBRE DE DEPENDIENTE (2) (por favor escribir)	
Relación al miembro	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Ex 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	
Fecha de nacimiento	

NOMBRE DE DEPENDIENTE (3) (por favor escribir)	
Relación al miembro	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Ex 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	
Fecha de nacimiento	

NOMBRE DE DEPENDIENTE (4) (por favor escribir)	
Relación al miembro	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Ex 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	
Fecha de nacimiento	

NOMBRE DE DEPENDIENTE (5) (por favor escribir)	
Relación al miembro	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Ex 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	
Fecha de nacimiento	

NOMBRE DE DEPENDIENTE (6) (por favor escribir)	
Relación al miembro	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Ex 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	
Fecha de nacimiento	

EI 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

Nombre de miembro (por favor escribir)	
Dirección (No. Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)	
UBC #	
Número de seguro social	
Fecha de nacimiento	
Dirección de correo electrónico	
Sindicato local	
Número de teléfono	

Firma del miembro

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
Wilmington Office
350 Fordham Road
Wilmington, MA 01887

North Atlantic States Carpenters Benefit Funds
Connecticut Office
10 Broadway
Hamden, CT 06518



Carpinteros de los Estados del Atlántico Norte
Fondo de Beneficios de Salud

Oficina de Massachusetts
350 Fordham Road
Wilmington, MA 01887
www.carpentersfund.org
Teléfono: 800-344-1515
Fax: 978-752-1164

Oficina de Connecticut
10 Broadway
Hamden, CT 06518
www.ctcarpentersfunds.org
Teléfono: 800-922-6026
Fax: 203-230-5958

**El Fondo de Beneficios de Salud para Carpinteros de los
Estados del Atlántico Norte**
Lista de Documentos Requeridos para el Miembro y Dependientes

(Documentos Originales NO son necesarios)

Miembro	Acta de nacimiento (<u>emitida por el Municipio o la Alcaldía</u>)
Cónyuge	Acta de matrimonio (<u>emitida por el Municipio o la Alcaldía</u>)
Ex Cónyuge	Decreto de divorcio y todos los documentos asociados que identifiquen quién es responsable del seguro médico
Hijo (a)	Acta de nacimiento (Necesaria dentro 6 meses de nacimiento para los recién nacidos) <u>o</u> Orden Judicial Mandatoria de Cobertura Médica (si corresponde)
Hijastro	Acta de matrimonio 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) <u>o</u> 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)
Hijo adoptivo	Certificado Final de adopción Documentos de acta de tramites de adopción
Hijo en custodia	Documentos de custodia temporal que muestran el nombre de la persona que fue colocada en custodia temporal y la fecha de colocación.
Dependiente legal	Acta de nacimiento Documentos judiciales de la custodia legal