



North Atlantic States CARPENTERS BENEFIT FUNDS

Health Benefits Fund

Buffalo Office
1159 Maryvale Drive, Suite 20
Cheektowaga, NY 14225
Phone: 877-739-7136
Fax: 716-839-7136
carpentersfund.org

Long Island Office
270 Motor Parkway
Hauppauge, NY 11788
Phone: 877-372-3236
Fax: 631-952-9813
carpentersfund.org

Special Enrollment Form For Eligible Adult Children Age 19–26

A. Employee Information:

Name (last, first, middle initial): _____
Address (City, State, Zip): _____
Gender: ☐ M ☐ F Date of Birth: (Month/Day/Year) _____ SSN: _____
Home Phone: _____ Cell Phone: _____

B. Adult Child's Enrollment Information:

Child's relationship to you: ☐ Natural ☐ Adopted Child ☐ Child placed with you for adoption ☐ Stepchild
Name (last, first, middle initial): _____
Gender: ☐ M ☐ F Date of Birth: (Month/Day/Year) _____ SSN: _____
Is your Adult Child: Employed: ☐ Yes ☐ No
Married: ☐ Yes ☐ No If Yes, is Child's spouse or domestic partner employed? ☐ Yes ☐ No (if Yes, complete Section D)

C. Adult Child's Employer Contact Information If your child is employed, provide employer name, address and phone number. If the child is married or has a domestic partner and the spouse or domestic partner is employed, provide information about the spouse's or domestic partner's employer.

Adult Child's Employer Name: _____
Employer Address (City, State, Zip): _____ Phone: _____

D. Eligibility for other Health Care Coverage Complete the following section if your adult child is currently eligible for health coverage through his/her own employment, his/her spouse's employment or his/her domestic partner's employment, even if not enrolled in coverage.

Policyholder's Name: _____
Policyholder relationship to Child: ☐ Self ☐ Child's Spouse
Policyholder Date of Birth: _____ Is Child enrolled in this coverage: ☐ Yes ☐ No Group and Policy#: _____
Insurance Company/Claims Administrator Name: _____
Address (City, State, Zip): _____ Phone: _____

Employee Statement: I acknowledge by signing this form that all the information provided is true and correct to the best of my knowledge. I understand that if I conceal information, provide false information, or otherwise mislead the Plan, my child's eligibility for Plan coverage will be terminated retroactively and I will be liable for any claims that were paid erroneously based on the false or misleading information.

Signature: _____ **Date:** _____

Adult Child's Statement: I acknowledge by signing this form that all the information provided is true and correct to the best of my knowledge. I authorize the Fund Office to contact my employer, my spouse's employer or my domestic partner's employer, as applicable, to verify the existence of other coverage that may be available to me through that employment. I understand that if I conceal information, provide false information, or otherwise mislead the Plan, my eligibility for Plan coverage will be terminated retroactively and I and my parent will be liable for any claims that were paid erroneously based on the false or misleading information.

Signature: _____ **Date:** _____



North Atlantic States
CARPENTERS BENEFIT FUNDS

Health
Benefits Fund

Buffalo Office
1159 Maryvale Drive, Suite 20
Cheektowaga, NY 14225
Phone: 877-739-7136
Fax: 716-839-7136
carpentersfund.org

Long Island Office
270 Motor Parkway
Hauppauge, NY 11788
Phone: 877-372-3236
Fax: 631-952-9813
carpentersfund.org

Formulario de inscripción especial para hijos adultos elegibles de 19 a 26 años

A. Información del empleado:

Nombre (apellidos, nombre, inicial del segundo nombre): _____

Dirección (ciudad, provincia, código postal): _____

Sexo: ☐ M ☐ F Fecha de nacimiento (mes/día/año) _____ SSN: _____

Teléfono fijo: _____ Teléfono móvil: _____

B. Información de inscripción del hijo(a) adulto:

Relación del niño(a) con usted: ☐ Biológico ☐ Hijo adoptivo(a) ☐ Niño(a) que se te ha confiado para su adopción ☐ Hijastro(a)

Nombre (apellidos, nombre, inicial del segundo nombre): _____

Sexo: ☐ M ☐ F Fecha de nacimiento (mes/día/año) _____ SSN: _____

¿Tu hijo (a) mayor tiene trabajo? ☐ Si ☐ No

Casado (a): ☐ Si ☐ No En caso afirmativo, ¿trabaja el cónyuge o la pareja de hecho de su hijo(a)? ☐ Si ☐ No (en caso afirmativo, rellene la sección D)

C. Datos de contacto del empleador del hijo(a) mayor de edad

Si su hijo(a) trabaja, indique el nombre, la dirección y el número de teléfono de su empresa. Si su hijo(a) está casado(a) o tiene pareja y su cónyuge o pareja tiene trabajo, facilite los datos de la empresa de su cónyuge o pareja.

Nombre de la empresa del hijo(a) mayor de edad: _____

Dirección del empleador (completo): _____ Teléfono: _____

D. Elegibilidad para otra cobertura de atención médica

Rellene la siguiente sección si su hijo mayor de edad tiene actualmente derecho a una cobertura médica a través de su propio empleo, el empleo de su cónyuge o del empleo de su pareja de hecho, aunque no esté afiliado a dicha cobertura.

Nombre del titular de la póliza: _____

Relación del titular de la póliza con su hijo(a): ☐ Si mismo(a) ☐ Cónyuge del hijo(a)

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____ ¿Está su hijo(a) incluido en esta cobertura?: ☐ Si ☐ No

Grupo y n.º de póliza: _____

Nombre de la compañía de seguros o del administrador de reclamaciones: _____

Dirección (ciudad, estado, código postal): _____ Teléfono: _____

Declaración del empleado: Al firmar este formulario, declaro que toda la información facilitada es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que, si oculto información, facilito datos falsos o induzco a error al Plan de cualquier otra forma, se rescindirá con carácter retroactivo el derecho de mi hijo a la cobertura del Plan y seré responsable de cualquier reclamación que se haya abonado erróneamente sobre la base de información falsa o engañosa.

Firma: _____ Fecha: _____

Declaración del hijo(a) mayor de edad: Al firmar este formulario, declaro que, según mi leal saber y entender, toda la información facilitada es verdadera y correcta. Autorizo a la Oficina del Fondo a ponerse en contacto con mi empleador, el empleador de mi cónyuge o el empleador de mi pareja de hecho, según corresponda, para verificar la existencia de otra cobertura a la que pueda tener derecho a través de dicho empleo. Entiendo que si oculto información, proporciono información falsa o induzco a error al Plan de cualquier otra forma, mi derecho a la cobertura del Plan quedará rescindido con carácter retroactivo y tanto yo como mis padres seremos responsables de cualquier reclamación que se haya pagado erróneamente basándose en la información falsa o engañosa.

Firma: _____ Fecha: _____