



North Atlantic States Carpenters
Health Benefits Fund

Long Island Office
270 Motor Pkwy
Hauppauge, NY 11788-5150
Phone: (631) 952-9700
Toll Free: 1(877) 372-3236
Fax: (631) 952-9813
www.carpentersfund.org

NORTH ATLANTIC STATES CARPENTERS HEALTH BENEFITS FUND

SPECIAL ENROLLMENT FORM FOR ELIGIBLE ADULT CHILDREN AGE 19-26

A. Employee Information:				
Last Name		First Name		Middle Initial (MI)
Mailing Address			Social Security Number	
City		State	Zip Code	
Gender F M	Date of Birth: (Month/Day/Year)	Home Phone Number	Cell Phone Number	
B. Adult Child You Wish to Enroll: Child's relationship to you: Natural Adopted Child Child placed with you for adoption Stepchild Foster Child Legal Guardianship				
Last Name		First Name		Middle Initial (MI)
Gender F M	Date of Birth: (Month/Day/Year)	Social Security Number		
Is your adult child: • Employed? Yes / No • Married? Yes / No • If yes, is the child's spouse or domestic partner employed? Yes / No (if yes, complete Section D)				
C. Employer Name/Address and Phone number: If your child is employed, provide the employer's 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 and Phone number:				
Adult Child's Spouse's or Domestic Partner's Employer Name, Address and Phone number				
D. Eligibility for Other Health Care Coverage: Complete the following section if your adult child is currently <i>eligible for</i> 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 a child enrolled in this coverage? Yes / No
				Group and Policy #:
Insurance Company/Claims Administrator Name:		Address:		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 _____



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

Oficina de Long Island
270 Motor Pkwy
Hauppauge, NY 11788-5150
Phone: (631) 952-9700
Toll Free: 1(877) 372-3236
Fax: (631) 952-9813
www.carpentersfund.org

**CARPINTEROS DE LOS ESTADOS DEL ATLÁNTICO NORTE FONDO DE BENEFICIOS DE SALUD
FORMULARIO ESPECIAL DE INSCRIPCIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA HIJOS ADULTOS EN EDAD DE 19-26 AÑOS**

A. Información del Empleado:					
Apellido		Primer Nombre		Inicial del Segundo Nombre	
Dirección			Número de Seguro Social		
Ciudad		Estado	Código Postal		
Género F M	Fecha de Nacimiento: (Mes/Día/Año)		Número de Teléfono	Número de Celular	
B. Hijo Adulto que desea Inscribir: Parentesco con el Hijo(a) Adulto: Natural Hijo(a) Adoptivo Hijo(a) Dado en Adopción Hijastro(a) Hijo(a) en Custodia Dependiente Legal					
Apellido		Primer Nombre		Inicial del Segundo Nombre	
Género F M	Fecha de Nacimiento: (Mes/Día/Año)		Número de Seguro Social		
¿Está su Hijo (a) Adulto: • Empleado? Sí / No • Casado? Sí / No • Si la respuesta es Sí, ¿está el esposo(a) del hijo(a) adulto empleado? Sí / No (Si la respuesta es Sí, complete la Sección D)					
C. Nombre del Empleador/Dirección y Número de Teléfono: Si su hijo(a) Adulto está empleado, proporcione el nombre del empleador, dirección y número de teléfono. Si su hijo(a) adulto está casado y el esposo(a) o pareja doméstica está empleado, proporcione la información del empleador de su esposo(a) o pareja doméstica.					
Nombre del Empleador del Hijo(a) Adulto:					
Dirección y Número de Teléfono del Empleador					
Nombre, Dirección y Número Telefónico del Empleador de su Esposo(a) o Pareja Doméstica					
D. Elegibilidad de Cobertura por medio de Otro Beneficio de Salud: Complete la sección siguiente si su hijo(a) adulto es elegible actualmente para recibir cobertura de beneficios de salud por medio de su empleador, el empleador de su esposo(a) o por medio del empleador de su pareja doméstica aún sino está inscrito(a) dentro de la cobertura.					
Nombre del Titular de la Póliza:		Parentesco del Titular de la Póliza con el Hijo(a) Adulto: Usted Mismo(a) / Esposo(a) del Hijo Adulto	Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza:	¿Está el Hijo(a) adulto inscrito en esta Póliza? Sí / No	Número de Grupo y Póliza
Compañía de Seguros/Nombre del Administrador de Reclamos:		Dirección:		Número de Teléfono:	

Declaración del Empleado: Yo reconozco, que al firmar este formulario, toda la información proporcionada es verdadera y correcta según entiendo. Yo entiendo, que al ocultar información, proveer información falsa, o de alguna u otra manera defraudar la cobertura del plan, la elegibilidad de mi hijo(a) adulto será terminada retroactivamente y yo seré responsable de cualquier monto reclamado que haya sido pagado de manera errónea basada en la falsa o fraudulenta información proporcionada.

Firma _____ Fecha _____

Declaración del Hijo Adulto: Yo reconozco, que al firmar este formulario, toda la información proporcionada es verdadera y correcta según entiendo. Yo Autorizo a la Oficina de Fondos que se comunique con mi empleador, el empleador de mi esposo(a) o el empleador de mi pareja doméstica según aplique para verificar la existencia de alguna otra cobertura que pueda estar disponible para mí por medio de mi empleo. Yo entiendo, que al ocultar información, proveer información falsa, o de alguna u otra manera defraudar la cobertura del plan, mi elegibilidad del plan de cobertura será terminada retroactivamente y que Yo, mi Padre o Madre seremos responsables de cualquier monto reclamado que haya sido pagado de manera errónea basada en la falsa o fraudulenta información proporcionada.

Firma _____ Fecha _____