



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**

270 MOTOR PARKWAY, HAUPPAUGE, NY 11788-5150
(631) 952-9700 * FAX (631) 952-9813

DEPENDENT INFORMATION FORM

I certify that the data indicated below, for myself and eligible dependents, is true and correct. I understand that any false information given by me may jeopardize future coverage and/or the processing of claims on behalf of myself and eligible dependents.

Member Name	Social Security Number		Birth Date	
Address	City		State	Zip Code
Area Code & Telephone Number	Sex	Marital Status	Marriage Date	

Spouse's Full Name	Spouse's Social Security #	Spouse's Birth Date		
Is your Husband / Wife employed at the present time? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Part Time <input type="checkbox"/> Full Time				

If Yes, Name of Employer _____

Address _____ Telephone Number _____

Does your Husband / Wife / Dependent Children have **other** health insurance? Yes No

If Yes, Name of Insurance Company/Plan _____ Policy/Group Number _____

Dependent Information

Please list all dependents under age 26 only if they are natural children, stepchild(ren) or legally adopted. In cases of adoption, you must supply a copy of legal documentation. **A copy of your marriage certificate, birth certificate(s) and social security card(s) for all dependents are required to validate this information.**

	<u>Dependent's Name</u>	<u>Social Security Number</u>	<u>Relationship</u>	<u>Birth Date</u>
1.	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____	_____

*If your child doesn't have a social security number, please request form SS-5 from your local Social Security office to apply for a number.

MEMBER SIGNATURE: _____ LOCAL: _____



Carpinteros de los Estados del Atlántico Norte
Fondos 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 ATALÁNTICO NORTE
FONDOS DE BENEFICIO DE SALUD**

270 MOTOR PARKWAY, HAUPPAUGE, NY 11788-5150
(631) 952-9700 * FAX (631) 952-9813

FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE DEPENDIENTE

Yo Certifico, que toda mi información y la de mis dependientes indicada a continuación, es verdadera y correcta. Yo Entiendo, que cualquier información falsa proporcionada por mí, puede comprometer el futuro de mi cobertura y/o el procesamiento de reclamos de parte mía y de mis dependientes.

Nombre del Miembro		Número de Seguro Social		Fecha de Nacimiento
Dirección		Ciudad	Estado	Código Postal
Código de Área y Número de Teléfono	Sexo	Estado Civil	Fecha de Matrimonio	

Nombre completo del Esposo(a) _____ Número de Seguro Social del Esposo(a) _____ Fecha de Nacimiento del Esposo(a) _____
¿Está su Esposo/ Esposa Empleado en la actualidad? Sí No Medio Tiempo Tiempo Completo

Si su Respuesta es Sí, Nombre del Empleador _____

Dirección _____ Número de Teléfono _____

¿Tiene su Esposo/ Esposa/ Hijo(a) Dependiente(s) **otro** seguro de salud? Sí No

Si su respuesta es Sí, Nombre de la Compañía de Seguros/ Plan _____ Número de Póliza _____

Información del Dependiente

Por Favor liste todos los dependientes de menos de 26 años solo si son hijos naturales, hijastro(a) o hijo(a) adoptado legalmente. En casos de adopción, usted debe proporcionar una copia de la documentación legal. **Para validar esta información, se requiere, una copia de su acta de matrimonio, certificado(s) de nacimiento y tarjetas de seguro social de todos los dependientes.**

Nombres de los Dependientes Número de Seguro Social Parentesco Fecha de Nacimiento

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

*Si su hijo(a) no tiene un número de seguro social, por favor solicite un formulario SS-5 en su oficina local de Seguro Social para aplicar por un número.

FIRMA DEL MIEMBRO: _____ SINDICATO LOCAL: _____