



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

DEPENDENT (1) 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 (2) 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 (3) 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 (4) 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 (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
270 Motor Pkwy
Hauppauge, NY 11788
Phone: 631-952-9700 Fax: 631-952-9813



List of Required Proof Documents for Member and Dependents

(Originals are NOT required)

Spouse	Marriage Certificate (issued by city or town hall)
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



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

NOMBRE DE DEPENDIENTE (1) (por favor escriba)	
Relación al miembro	<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
Dirección (No. Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)	
Número de seguro social (Proporcione una copia de la tarjeta)	
Fecha de nacimiento	

NOMBRE DE DEPENDIENTE (2) (por favor escriba)	
Relación al miembro	<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
Dirección (No. Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)	
Número de seguro social (Proporcione una copia de la tarjeta)	
Fecha de nacimiento	

NOMBRE DE DEPENDIENTE (3) (por favor escriba)	
Relación al miembro	<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
Dirección (No. Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)	
Número de seguro social (Proporcione una copia de la tarjeta)	
Fecha de nacimiento	

NOMBRE DE DEPENDIENTE (4) (por favor escriba)	
Relación al miembro	<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
Dirección (No. Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)	
Número de seguro social (Proporcione una copia de la tarjeta)	
Fecha de nacimiento	

NOMBRE DE DEPENDIENTE (5) (por favor escriba)	
Relación al miembro	<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
Dirección (No. Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)	
Número de seguro social (Proporcione una copia de la tarjeta)	
Fecha de nacimiento	

NOMBRE DE DEPENDIENTE (6) (por favor escriba)	
Relación al miembro	<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
Dirección (No. Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)	
Número de seguro social (Proporcione una copia de la tarjeta)	
Fecha de nacimiento	

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

Nombre de miembro (por favor escriba)	
Dirección (No. Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)	
UBC #	
Número de seguro social (Proporcione una copia de la tarjeta)	
Fecha de Nacimiento (proporcione copia del acta de nacimiento)	
Dirección de correo electrónico	
Sindicato local	
Número de teléfono	

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
270 Motor Pkwy
Hauppauge, NY 11788
Phone: 631-952-9700 **Fax:** 631-952-9813



Lista de Documentos Requeridos para el Miembro y Dependientes

(Documentos Originales **NO** son necesarios)

Cónyuge	Acta de matrimonio (emitida por el Municipio o la Alcaldía)
Hijo (a)	Acta de nacimiento (Necesaria dentro 6 meses de nacimiento para los recién nacidos) O Orden Judicial Mandatoria de Cobertura Médica (si corresponde)
Hijastro	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) O 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	Acta de Nacimiento en Formato Largo 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 en Formato Largo Documentos judiciales de la custodia legal