

## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

### Información sobre los participantes (entre los participantes se incluyen los trabajadores del hierro, los jubilados y los beneficiarios alternativos)

Nombre legal: \_\_\_\_\_ Sufijo (Jr., Sr.): \_\_\_\_\_  
Primer nombre IM. Apellido

Dirección: \_\_\_\_\_  
Dirección postal Casilla (si procede) Apartamento/Unidad #

\_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código postal

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Género: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Estado civil (marque uno):  Soltero  Casado legalmente  Viudo  Divorciado  Separado

### Información del cónyuge (si está legalmente casado)

Nombre legal: \_\_\_\_\_  
Primer nombre IM Apellido

Género: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha de matrimonio: \_\_\_\_\_ Teléfono del cónyuge: \_\_\_\_\_

**Adjunte a este formulario una copia de su certificado de matrimonio y una copia de la tarjeta de Seguro Social firmada por su cónyuge.**

### Seguro de enfermedad

Complete la siguiente sección para agregar a su cónyuge y/o hijo(s) a su seguro de salud.

Las **personas a cargo admisibles son**: Su **cónyuge** si está legalmente casado, sus **hijos** menores de 26 años. Presentar una copia de la(s) **partida(s) de nacimiento** de cada hijo para agregar lo(s) al seguro de salud. Los hijos pueden ser naturales, adoptados legalmente o hijastros.

Nombre	M.I.	Apellido	SSN	FECHA DE NACIMIENTO			GÉNERO		RELACIÓN	
				MM	DD	AAAA	M	F	CÓNYUGE	NIÑO

### Firma

**Autorización:** Certifico y garantizo que toda la información arriba indicada es verdadera, correcta y está vigente en la fecha de firma del presente documento. Entiendo que esta información se proporciona a Iron Workers District Council of Southern Ohio & Vicinity Benefit, Pension, and Annuity Trusts (Grupos de fideicomisos que administran beneficios, pensiones y/o anualidades para los trabajadores de hierro del Consejo del Distrito del Sur de Ohio y sus alrededores) para determinar los beneficios.

Firma del participante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Sindicato local No: \_\_\_\_\_

**Envíe por correo este documento original (no se aceptan copias) a la dirección que aparece en la parte superior de la página junto con la documentación requerida mencionada anteriormente.**