

**TEAMSTERS MISCELLANEOUS SECURITY TRUST FUND
SWA GROUP #108
PARTICIPANT DATA FORM**

P.O. BOX 1121, ALHAMBRA, CA 91802-1121

INSTRUCTIONS:

1. Use tinta y escriba con letra de Molde.
2. Complete toda la información que se solicita
3. **Miembros activos** deben llenar el formulario **EN SU TOTALIDAD**.
4. **Si usted esta participando en dentro de una proporción, como persona soltera no inscribe dependientes.**
5. **Si usted esta inscribiendo hijos dependientes, hay que inscribir todos sus hijos elegibles. No puede seleccionar solo un hijo.**
6. **Falta de completar esta formulario en su totalidad puede resultar en retardar su elegibilidad.**

DATOS DEL PARTICIPANTE

NUMERO DEL SOCIAL	PRIMER NOMBRE	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO PATERNO
DIRECCION	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
() NUMERO DE TELEFONO EN CASA	SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	SOLTERO/A <input type="checkbox"/>	CASADO/A <input type="checkbox"/> FECHA: _____
EMPLEADOR (NOMBRE DE LA COMPANIA)	FECHA DE NACIMIENTO	DIVORCIADO/A <input type="checkbox"/> FECHA: _____	VIUDO/A <input type="checkbox"/> FECHA: _____
	NUMERO DEL SINDICATO LOCAL	FECHA DE CONTRATACION	

Por favor marca la nivel de cobertura apropiado si usted desea inscribir.

1. _____ Solo el miembro 2. _____ El miembro + un dependiente 3. _____ El miembro + 2 o más dependientes

Si usted ha marcado #2 o #3, usted debe completar el sección llamado ANOTAR DEPENDIENTES abajo

FAVOR DE ANOTAR DEPENDIENTES ELEGIBLES

Completa la lista de dependientes solamente si usted esta inscribiendo en las proporciones de dos o tres+ personas

DEFINICIÓN DE DEPENDIENTES CON DERECHO A PARTICIPAR EN EL PLAN

- Su esposo(a) (si no estan lagalmente separados).
- Hijos soltero menores de 19 años que dependan económicamente de Ud.
- Hijos solteros de entre de 19 y 23 años que est-en estudiando tiempo completo (al menos 12 unidades) en algún establecimiento de enseñanza.
- Hijos solteros desahilitados debido a incapacidad mental o física, que ya padician **antes** de cumplir 19 años.
- Hijastros e hijos **legalmente** adoptados, si veven con Ud.

¿Relación al miembro? (Esposo/a, Hijo/a, Hijastro/a, etc.)	Sus dependientes fecha de nacimiento	Seguro Social de sus Dependientes	Nombre de sus dependientes		SEXO: M or F	¿Sus dependientes viven con el miembro?		¿Tienen sus dependientes otra aseguranza?	
						SI	NO	SI	NO

Con mi firma, yo certifico por esta acto que la información proveado en esta formulario esta correcto y cierto.

_____ FIRMA DEL MIEMBRO _____ FACHA EN QUE SE FIRMO _____

Administrative Office Use Only Level 1 _____ Level 2 _____ Level 3 _____