

**Enroll a Dependent or Change a Dependent's Status Form/ Formulario para la inscripción de un dependiente o cambio del status de un dependiente**  
Building Service 32BJ Benefit Funds/ Fondo de Beneficios del Servicio a Edificios 32BJ



Questions? Call Member Service at (212) 388-3500./ ¿Tiene alguna pregunta? Comuníquese con Servicios para los Miembros llamando al (212) 388-3500.

Instructions: Please print in black or blue ink. Do not tape or staple./ Instrucciones: escriba en tinta negra o azul. No pegue cinta adhesiva ni engrape este formulario.

**Section 1/ Sección 1 Participant Information/ Información del participante**

First Name/ Nombre Middle Name/ Segundo nombre Last Name/Apellido

Social Security Number/ Número de seguro social

Gender/Sexo  Male/ Masculino  Female/ Femenino

Date of Birth (Month/Day/Year)/  
Fecha de nacimiento (mes/día/año)

Street Address/ Dirección

Telephone Number w/Area Code (Day)/  
Número de teléfono con el código de área (día)

City/ Ciudad State/ Estado Zip Code/ Código postal

Telephone Number w/Area Code (Evening)/  
Número de teléfono con el código de área (noche)

E-mail Address/ Dirección de correo electrónico

**Section 2/ Sección 2 Change in Marital Status & Required Documents/  
Cambio de estado civil y documentación requerida**

Note: Required documents indicated in parenthesis must be attached with this form./ Nota: debe adjuntar los documentos requeridos indicados entre paréntesis con este formulario.

Please check the option that applies/ Marque la opción que corresponda:

- I have married as of/ He contraído matrimonio el \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (month/day/year)/ (mes/día/año)  
(Marriage Certificate)/ (Certificado de matrimonio).
- I have divorced as of/ Me he divorciado el \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (month/day/year)/ (mes/día/año)  
(Divorce Certificate)/ (Certificado de divorcio).
- I have remarried as of/ He vuelto a contraer matrimonio el \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (month/day/year)/ (mes/día/año)  
(Divorce Certificate or Death Certificate)/ (Certificado de divorcio o Certificado de defunción).
- Other/ Otro \_\_\_\_\_ Date of event/ Fecha del acontecimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (month/day/year)/ (mes/día/año)

**Indicate your spouse or former spouse's information/ Indique la información de su cónyuge o ex cónyuge:**

First Name/ Nombre Middle Name/ Segundo nombre Last Name/Apellido

Social Security Number/ Número de seguro social

Gender/ Sexo  Male/ Masculino  Female/ Femenino

Date of Birth (Month/Day/Year)/  
Fecha de nacimiento (mes/día/año)

Street Address/ Dirección

Telephone Number w/Area Code (Day)/  
Número de teléfono con el código de área (día)

City/ Ciudad State/ Estado Zip Code/ Código postal

Telephone Number w/Area Code (Evening)/  
Número de teléfono con el código de área (noche)

E-mail Address/ Dirección de correo electrónico

**If married or remarried/ Si se ha casado o vuelto a casar:**

Is your spouse currently enrolled in another healthcare plan?/ ¿Está su cónyuge actualmente inscrito en otro plan de atención médica?  Yes/ Sí  No/ No

If yes, please provide the name of your spouse's employer, the name of the insurance plan, the individual identification number and the effective date./

Si la respuesta es sí, indique el nombre del empleador de su cónyuge, el nombre del plan de seguro, el número de identificación de la persona y la fecha de entrada en vigencia.

Employer/ Empleador

Plan Name/ Nombre del plan

Individual Identification Number/ Número de identificación de la persona

Effective Date/ Fecha de entrada en vigencia

**Section 3/ Sección 3****Enrolling Dependent (s) & Required Documents/  
Inscripción de los dependientes y documentación requerida**

Note: Required documents indicated in parenthesis must be attached with this form. / Nota: debe adjuntar los documentos requeridos indicados entre paréntesis con este formulario.

Please check the option that applies/ Marque la opción que corresponda:

- I have a newborn child as of/ Tengo un hijo recién nacido a partir del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (month/day/year)/ (mes/día/año)  
**(Birth Certificate)/ (Certificado de nacimiento).**
- I have legally adopted a child as of/ He adoptado legalmente un hijo a partir del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (month/day/year)/ (mes/día/año)  
**(Birth Certificate & Court Certified Order of Adoption)/ (Certificado de nacimiento y Orden de adopción certificada por los tribunales).**
- I have a new step-child as of/ Tengo un nuevo hijastro a partir del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (month/day/year)/ (mes/día/año)  
**(Birth Certificate & Marriage Certificate)/ (Certificado de nacimiento y Certificado de matrimonio).**
- I am responsible for my grandchildren as of/ Soy responsable de mis nietos a partir del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (month/day/year)/ (mes/día/año)  
**(Birth Certificate & Court Certified Letter of Guardianship)/ (Certificado de nacimiento y Carta de tutela legal certificada por los tribunales).**
- I am responsible for the care of my disabled child who is over the plan's age limit as of/ Soy responsable del cuidado de mi hijo discapacitado que ha pasado el límite de edad del plan a partir del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (month/day/year)/ (mes/día/año)  
**(Proof of Total and Permanent Disability)/ (Comprobante de discapacidad total y permanente).**

Number of new dependents/ Número de dependientes nuevos \_\_\_\_\_.

List additional dependents below or on a separate sheet of paper./ Enumere los dependientes adicionales a continuación o en una hoja aparte.

**1 • Dependent Information/ Información del dependiente**

First Name/ Nombre Middle Name/ Segundo nombre Last Name/Apellido

Date of Birth (Month/Day/Year)/ Fecha de nacimiento (mes/día/año)

If address is different from participant (in section 1) enter address in space below./ Si la dirección es diferente a la del participante (en la sección 1), ingrésela en el espacio a continuación.

Social Security Number/ Número de seguro social

Gender/ Sexo  Male/ Masculino  Female/ Femenino

Biological Child/ Hijo biológico  Adopted/ Hijo adoptado  Step-child/ Hijastro

Grandchild, Niece or Nephew/ Nieto, Sobrina o Sobrino

Street Address/ Dirección Apartment Number/ N° de apartamento

City/ Ciudad State/ Estado Zip Code/ Código postal

**2 • Dependent Information/ Información del dependiente**

First Name/ Nombre Middle Name/ Segundo nombre Last Name/Apellido

Date of Birth (Month/Day/Year)/ Fecha de nacimiento (mes/día/año)

If address is different from participant (in section 1) enter address in space below./ Si la dirección es diferente a la del participante (en la sección 1), ingrésela en el espacio a continuación.

Social Security Number/ Número de seguro social

Gender/ Sexo  Male/ Masculino  Female/ Femenino

Biological Child/ Hijo biológico  Adopted/ Hijo adoptado  Step-child/ Hijastro

Grandchild, Niece or Nephew/ Nieto, Sobrina o Sobrino

Street Address/ Dirección Apartment Number/ N° de apartamento

City/ Ciudad State/ Estado Zip Code/ Código postal

Is your dependent currently enrolled in another healthcare plan?/ ¿Está su dependiente actualmente inscrito en otro plan de atención médica?  Yes/ Sí  No/ No  
If yes, please write their name along with the name of the insurance carrier, identification and group number below./ Si la respuesta es sí, escriba el nombre junto con el nombre de la compañía de seguros, el número del grupo y de identificación a continuación.

**Other insurance/ Otro seguro:**

First Name/ Nombre Middle Name/ Segundo nombre Last Name/ Apellido

Insurance Company Name/ Nombre de la compañía de seguros ID#/ N° de identificación

Group #/ N° del grupo Effective Date /Fecha de entrada en vigencia

**Section 4/ Sección 4 Signature/ Firma**

I have read this Building Service 32BJ Benefit Funds form and I understand the information and documents I have been asked to provide. I have provided all of the information requested on this form, and I agree to provide documents to verify this information, if requested by the 32BJ Benefit Funds. I agree to immediately notify 32BJ Benefit Funds of any changes regarding the information I have provided. I understand that if I fail to notify the 32BJ Benefit Funds about such a change, it may result in the delay or denial of a 32BJ benefit. I affirm that all of the information I have provided is true./ He leído este formulario del Fondo de Beneficios del Servicio a Edificios 32BJ y comprendo la información y la documentación que se me solicita. He proporcionado toda la información solicitada en este formulario y estoy de acuerdo en proporcionar documentación para verificar dicha información, si el Fondo de Beneficios 32BJ así lo solicita. Estoy de acuerdo en notificar de inmediato al Fondo de Beneficios 32BJ sobre cualquier cambio con respecto a la información que he proporcionado. Comprendo que si no notifico al Fondo de Beneficios 32BJ sobre tal cambio, esto puede ocasionar un retraso o un rechazo de un beneficio 32BJ. Afirmo que toda la información que he proporcionado es verídica.

Participant Signature/ Firma del participante

Current Date (Month/Day/Year)/ Fecha actual (mes/día/año)

Please Mail or Fax to/ Envíe el formulario por correo postal o por fax a:

Department of Eligibility, Building Services 32BJ Benefits Funds, 25 West 18th Street, New York, NY 10011-4676 or Fax to 212-844-2717