



Форма регистрации в плане медицинского и стоматологического обслуживания

SEIU Local 503, OPEU PO Box 12159, Salem, OR 97309-0159 Телефон: (503) 364-HUBB (4822) или (866) 364-HUBB (4822) Факс: (503) 581-1664

Заполните все разделы данной формы.

Раздел А Информация о работнике (ПОЖАЛУЙСТА, ЗАПОЛНИТЕ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)

Новый участник

Повторная регистрация в плане

Фамилия	Имя	Инициал отчества	Номер социального обеспечения (SSN)	№ поставщика услуг
Домашний адрес		Город	Штат	Почтовый индекс
Почтовый адрес (если отличается)		Город	Штат	Почтовый индекс
Округ проживания	Домашний телефон ()		Дополнительный телефон (если имеется) ()	
Дата рождения / /	Пол	<input type="radio"/> М <input type="radio"/> Ж	Адрес электронной почты	

Раздел В Выбор плана медицинского и стоматологического обслуживания (на основании вашей зоны обслуживания)

Выберите план медицинского обслуживания:

Kaiser Permanente Medical HMO
Для работников, проживающих в районе обслуживания компании Kaiser.

ODS Medical Plan
Для работников, проживающих за пределами района обслуживания компании Kaiser.
Основной лечащий врач _____

Выберите план стоматологического обслуживания:

Kaiser Permanente Dental Plan
Для работников, проживающих в районе обслуживания компании Kaiser.

Oregon Dental Service (ODS)
Для работников, проживающих в любой части штата Орегон.

Раздел С Информация об иждивенцах и выбор плана (дополнительная страховка, требуется взнос от работника)

Перечислите всех правомочных иждивенцев, которых вы хотите записать в план. При регистрации гражданского супруга (и), детей гражданского супруга (и) или детей, находящихся на иждивении по приказу суда или административному приказу, необходимо приложить или приобщить к делу соответствующие документы. Введите соответствующий код, определяющий кем вам приходится иждивенцы.

Код: SP=супруг (а), DP=гражданский супруг (а), CH=ребенок работника и/или супруга (и), DPCH=ребенок гражданского супруга (и), DOCSH=ребенок, находящийся на иждивении по документам

Имя (фамилия, имя, инициал отчества)	Номер социального обеспечения (SSN)	Дата рождения	Пол	Кем приходится (См. код выше)	Выбор плана		При регистрации в ODS Medical Plan необходимо указать основного лечащего врача (PCP)
					Мед. и стоматол.	Только мед.	
			М / Ж		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
			М / Ж		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
			М / Ж		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
			М / Ж		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

В случае наличия других иждивенцев приложите дополнительную страницу.

Раздел D Страховка через другие планы медицинского и стоматологического обслуживания

Вы или кто-либо из ваших иждивенцев застрахованы через другой индивидуальный или групповой план?

Мед. страховка
Стомат. страховка

нет
 нет

да (если да, заполните следующие графы):
 да (если да, заполните следующие графы):

Лицо (а), имеющее иную страховку _____

Название страховой компании _____

Название работодателя _____

№ полиса _____

№ группы _____

Дата начала действия страховки _____

Дата окончания действия страховки _____

Вы или ваш иждивенец имеете медицинскую страховку Medicare или Veteran's Benefits? да нет

В течение последних 63 дней до даты регистрации в данном плане имели ли вы или кто-либо из ваших иждивенцев медицинскую страховку через другой групповой или индивидуальный план? нет

да (Приложите Справку о текущем или предыдущих периодах страхования через план медицинского страхования (Certificate of Creditable Coverage). Предшествующий период может быть сокращен на предыдущий период страхования.)

Раздел E Разрешение (Я понимаю и разрешаю)

Предоставленные в данной форме сведения о выборе плана льготного обслуживания будут в силе до тех пор, пока выполняются требования по правомочию, либо до тех пор, пока я не решу их изменить в соответствии с условиями плана.

Я подтверждаю своей подписью, что сведения, предоставленные мной в данной форме, верны и правдивы. Я также подтверждаю, что я прочитал (а) и соглашаюсь с требованиями, условиями, ограничениями и положениями страховой программы HUBB. Кроме того, моя подпись подтверждает, что HUBB, FHIAP и страховые компании могут время от времени запрашивать или раскрывать медицинскую информацию обо мне с целью улучшения лечения или ускорения оплаты за медицинское обслуживание либо с целью коммерческих действий, необходимых для предоставления медицинских льгот. Своей подписью я разрешаю HUBB, FHIAP и администрации штата Орегон, если применимо, использовать номера социального обеспечения (SSN), принадлежащие мне или членам моей семьи, и по необходимости раскрывать мой номер SSN другим лицам для подтверждения правомочия.

Данное разрешение останется в силе до тех пор, пока я не подпишу и не представлю новую форму регистрации в плане медицинского и стоматологического обслуживания.

Подпись работника _____

Дата _____

Пожалуйста, сохраните копию в своем архиве.

04/11 HUBB

FOR OFFICE USE ONLY