

1199SEIU GREATER NEW YORK BENEFIT FUND FOR NEW JERSEY AREA MEMBERS SPOUSE AND CHILD COVERAGE AND PAYROLL DEDUCTION AUTHORIZATION FORM

Please print clearly in black or blue ink.

- I want to sign my **spouse** up for coverage through the 1199SEIU Greater New York Benefit Fund for New Jersey Area Members Health Plan.
- I want to sign my **children** up for coverage through the 1199SEIU Greater New York Benefit Fund for New Jersey Area Members Health Plan.

I consent to my employer deducting the required weekly premiums (\$15 for spouse; \$10 for children) from my paycheck for coverage beginning September 1 (for July open enrollment) or March 1 (for January open enrollment).

I hereby authorize my Employer to withhold the required premium, constituting my premium contribution to the 1199SEIU Greater New York Benefit Fund for New Jersey Area Members Health Plan (the "Plan"), from my wages and to forward that amount to the Fund. I authorize the Fund to share my eligibility and enrollment information with my Employer and my Union. This authorization is made voluntarily based on my specific understanding that (1) The payment of the required premium contribution is one of the conditions of my spouse's and/or children's enrollment in the Plan; and (2) The signing of this authorization form and the making of these payments are not conditions of my employment by my Employer or membership in any Union. The authorization shall remain in full force and effect until my Employer has received written notification from me of its termination or until I am no longer eligible for coverage by the Plan.

X

SIGNATURE

DATE

MEMBER'S FULL NAME

MEMBER'S SOCIAL SECURITY #

ADDRESS CITY STATE ZIP CODE

TELEPHONE

EMPLOYER

You must also complete and submit to the Benefit Fund an **Enrollment Change Form** with the required documents and coordination of benefits information to enroll your spouse and children. To access the form, visit www.1199SEIUBenefits.org.

This authorization form only applies to participants in the Greater New York Benefit Fund who work for contributing employers in New Jersey.

THIS FORM SHOULD BE RETURNED TO YOUR EMPLOYER FOR PROCESSING.

1199SEIU GREATER NEW YORK BENEFIT FUND FOR NEW JERSEY AREA MEMBERS

COBERTURA DEL CÓNYUGE Y FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA DEDUCCIÓN EN NÓMINA

Escriba con claridad en letra de imprenta con tinta negra o azul.

- Quiero registrar a mi **cónyuge** para la cobertura del Plan de Beneficios del Gran Nueva York de 1199SEIU.
- Quiero registrar a mis **hijos** para la cobertura del Plan de Beneficios del Gran Nueva York de 1199SEIU.

Acepto que mi empleador descuenta la prima semanal obligatoria (\$15 para los cónyuges, \$10 para los hijos) de mi cheque de pago para la cobertura a partir del 1 de septiembre marzo (para la inscripción abierta de julio) o el 1 de marzo (para la inscripción abierta de enero).

Por medio del presente, autorizo a mi empleador para que retenga la cantidad de la prima exigida, lo que constituye mis aportes de primas al Plan de Beneficios del Gran Nueva York de 1199SEIU (el "Plan"), de mis salarios y a reenviar dicho monto al Fondo. Autorizo al Fondo a compartir mi información de elegibilidad e inscripción con mi Empleador y mi Sindicato. Doy esta autorización en forma voluntaria con base en mi conocimiento específico de que (1) el pago de un aporte de prima es una de las condiciones de la inscripción de mi cónyuge en el Plan; y de que (2) la firma de este formulario de autorización y la realización de los pagos no son condiciones de empleo por parte de mi Empleador o miembro de ningún Sindicato. La presente autorización se mantendrá en plena vigencia hasta que mi Empleador haya recibido una notificación escrita por mí acerca de su revocación o hasta que ya no sea elegible para la cobertura del Plan.

X

FIRMA

FECHA

NOMBRE COMPLETO DEL MIEMBRO

N.º DEL SEGURO SOCIAL DEL MIEMBRO

DIRECCIÓN

ESTADO

CÓDIGO

POSTAL

TELÉFONO

EMPLEADOR

Para inscribir a su cónyuge, y sus hijos también debe completar un **Formulario de Cambio** de Inscripción y enviarlo al Fondo de Beneficios junto con los documentos requeridos y la información para la coordinación de beneficios. Para acceder al formulario, visite www.1199SEIUBenefits.org.

Este formulario de autorización solo se aplica a los participantes del Fondo de Beneficios del Área Metropolitana de Nueva York que trabajan para empleadores contribuyentes en el estado de Nueva Jersey.

ESTE FORMULARIO DEBE SER DEVUELTO A SU EMPLEADOR PARA EL DEBIDO PROCESO.

1199SEIU GREATER NEW YORK BENEFIT FUND FOR NEW JERSEY AREA MEMBERS KOUVÈTI KONJWEN AK PITIT AK FÒM OTORIZASYON DEDIKSYON PEWÒL

Tanpri ekri an lèt detache ak lank nwa oswa ble.

- Mwen vle enskri **konjwen** mwen pou kouvèti pwoteksyon nan 1199SEIU Greater New York Benefit Fund pou Manm Plan Sante Zòn New Jersey.
- Mwen vle enskri **pitit** mwen pou kouvèti pwoteksyon nan 1199SEIU Greater New York Benefit Fund pou Manm Plan Sante Zòn New Jersey.

Mwen dakò pou travay mwen preleve prim obligatwa chak semèn (\$15 pou konjwen; \$10 pou timoun) sou chèk mwen pou kouvèti pwoteksyon apati 1 septanm (pou enskripsyon ouvè jiyè) oswa 1ye mas (pou enskripsyon ouvè janvyè).

Mwen otorize Travay mwen retire prim obligatwa a, sa ki reprezante kontribisyon prim mwen nan 1199SEIU Greater New York Benefit Fund pou Manm Plan Sante Zòn New Jersey ("Plan" an), soti nan salè mwen epi transfere montan sa a bay fon Fon an. Mwen otorize Fon an pataje enfòmasyon kalifikasyon ak enskripsyon mwen ak Travay mwen ansanm ak Sendika mwen. Mwen bay otorizasyon sa a volontèman sou baz konpreyansyon espesifik mwen ke (1) Peman kontribisyon prim obligatwa yo se youn nan kondisyon pou konjwen ak/oswa pitit mwen enskri nan Plan an; epi (2) Lefèt ke mwen siyen otorizasyon sa a epi fè peman sa yo pa kondisyon nan Travay mwen oswa enskripsyon nan ankenn Sendika. Otorizasyon sa a ta dwe rete valid jiskaske Travay mwen resevwa yon notifikasyon alekri nan men mwen ki di li pa valab ankò oswa jiskaske mwen pa kalifye ankò pou resevwa kouvèti nan plan an.

X

SIYATI

DAT

NON KONPLÈ MANM LAN

SEKIRITE SOSYAL MANM LAN

ADRÈS

VIL

KÒD

POSTAL

TELEFÒN

TRAVAY

Ou dwe ranpli epi soumèt tou nan Benefit Fund lan yon **Fòm Chanjman Enskripsyon** ak dokiman obligatwa yo ansanm ak avantaj kowòdinasyon avantaj pou enskri konjwen w ak pitit ou. Pou jwenn aksè ak fòmilè a, vizite www.1199SEIUBenefits.org.

Fòm otorizasyon sa a aplikab sèlman pou patisipan ki nan Greater New York Benefit Fund k ap travay pou kontribisyon travay nan New Jersey.

OU TA DWE REMÈT FÒM SA A NAN TRAVAY OU POU PWOSESIS NÒMAL LA.