



# CHICAGO LABORERS' DISTRICT COUNCIL RETIREE HEALTH AND WELFARE FUND

11465 CERMAK ROAD  
WESTCHESTER, ILLINOIS 60154-5768  
Telephone: (708) 562-0200

## FORMA ANUAL PARA RETIRADO

**EL RECIBIR ESTA FORMA NO GARANTIZA LA ELEGIBILIDAD DE BENEFICIOS**  
**Al no completar esta forma en su totalidad resultará en atraso del pago de sus reclamos.**

### INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombre: \_\_\_\_\_ No. de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Dirección Completa: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Movil: \_\_\_\_\_  
Correo Electronico: \_\_\_\_\_ No. de Local en la Union: \_\_\_\_\_  
Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono del Empleador: \_\_\_\_\_  
Estado Civil: Casado (a):  Soltero (a):  Separado (a):  Divorciado (a):  Viudo (a):

### INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE

Nombre: \_\_\_\_\_ No. de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Trabajó su Cónyuge: Si  No   
Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_  
Dirección del Empleador: \_\_\_\_\_ Fecha en que fue empleada (o): \_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Zona Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono del Empleador: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN SOBRE ALGUNA OTRA ASEGURANZA MEDICA

Está usted, su cónyuge, ó sus hijos (as) asegurado bajo algún otro plan medico hospital, ó Medicare\*? Si  No   
Si la hay, por favor de darnos la información completa de la compañía aseguradora, compañía portadora ó plan:  
Nombre de la Compañía Aseguradora, Compañía Portadora ó Nombre del Plan:

\_\_\_\_\_  
Dirección Completa: \_\_\_\_\_  
Número de Poliza: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_  
Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Número de Identificación del Asegurado: \_\_\_\_\_

Miembros de la Familia cubiertos bajo otra aseguranza. Marque todos los que apliquen: Miembro  Cónyuge  Hijos (as)   
**\*Si usted ó su cónyuge son elegibles para Medicare, usted tiene que proveer a esta Oficina una copia de su(s) tarjeta(s) de Medicare cuando regrese esta forma.**

### INFORMACIÓN DE LOS DEPENDIENTES – HIJOS (AS)

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ No. de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ No. de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ No. de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ No. de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Es un fraude llenar esta forma con información que usted sabe que es falsa o conociendo que está omitiendo hechos importantes. Castigo criminal o civil puede resultar por este acto. Si cualquiera de la información arriba es falsa, Yo estoy de acuerdo a reembolsar al Health and Welfare Department of the Construction and General Laborers' District Council of Chicago and Vicinity cualquier dinero que se haya pagado en resultado de la información que yo haya proporcionado.

Firma del Participante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del Cónyuge: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_