



Chicago & Vicinity Laborers' District Council

Health & Welfare Fund • Retiree Health & Welfare Fund

LiUNA!

Feel the Power

11465 W. Cermak Road, Westchester, IL 60154-5768 | www.chicagolaborersfunds.com

Toll Free: (866) 906-0200 • Telephone: (708) 562-0200 7) 562-0716 - | | hlp .com

FORMULARZ OŚWIADCZENIA OSOBY ZALE NEJ PO 19 ROKU YCIA

OTRZYMANIE NINIEJSZEGO FORMULARZA NIE GWARANTUJE URRAWNIENIA FO WIAFEZENIAO
Nlgy {rgfplg vgi q hto wrc| c y ecq eko q gury qf qy c qr» plgplg y | cr eelg tcej wpm» y o gf {e| p{ej}.

1. INFORMACJE O UCZESTNIKU

Imię i Nazwisko: _____ Numer ID Uczestnika<aaaaaaaaa_aaaaaaaaa

2. INFORMACJE O OSOBIE ZALEŻNEJ

Imi i Na| y iunq: _____

Adres, Miasto, Stan, Kod pocztowy< _____

Data urodzenia: _____ Czy jesteś zatrudniony? Tak Nie

Pracodawca: _____ a _____

Adres pracodawcy: _____ Data ro| poc| cka | arwdplgplk: _____ a _____ a _____

Miasto: _____ Stap: _____ Kod pocztowy: _____ Pt tgrOr taef ay e{ : _____

Stan cywilny: **Wolny:** **Żonaty:** **w separacji:** **Rozwiedzony:** **Wdowa/Wdowiec:**

3. INFORMACJE O MAŁ ONKU OSOBY ZALE NEJ. JE LI JEST W MAŁ E STWIE

Imię i Nazwisko: _____

Data urodzenia: _____ Czy Twój małżonek jest zatrudniony? Tak Nie

Pracodawca: _____

Adres pracodawcy: _____ Data rozpocz cia zatrudnienia: _____

Miasto: _____ Stan: _____ Mod pocztowy: _____ Pr terOpracodawcy: a _____

4. INNE INFORMACJE DOTYCZ CE UBEZPIECZENIA CIEBIE LUB MAŁ ONKA

Czy Ty lub Twój małżonek jesteście ubezpieczeni w innym planie medycznym, Medicare*, or Tricare? **TAK** **PIE**

Je li tak, pqf al pepe ipht o aele q hito ie ubezpieczeniowej, ubezpieczycielu lub planie:

Firma ubezpieczeniowa, ubezpieczyciel lub nazwa planu: _____

Adres, Miasto, Stan, Mof pocztowy: _____

Numer polisy: _____ Numer telefonu: _____

Główny ubezpieczony: _____ Numer ID głównego ubezpieczonego: _____

Członkowie rodziny obj ci innym ubezpieczeniem. Zaznacz wła ciwe: rodzic ja mał onek

*Je li Ty lub Twój współmał onek kwalifikujecie si do Medicare, musicie dostarczy do Biura Funduszu kopie swoich kart Medicare podczas składania tego formularza0

Hałszem jest wypełnianie tei o formularza informacjami, o którejj wiesz. e s hałszywe. lub wiadome pomijanie wa nzej hałtów0, a taki ezyn moi zosta nało one sankeje karne i lub eywilne0Ie li którakolwiek z powy szej informacjji jest nieprawdziwa, zi adzam si zwróci dla J ealtj and Y ellare F epartment ohtj e Eonstruction and I eneral Naborers)F istriet ohEj ieai and Xieinity wszelkie kwoty pieni ne. do którejj został nakłoniiony w wyniku dostarczonyej przeze mnie informacjji0

Podpis osoby zale nej

Data

Podpis współmał onka (w przypadku mał e stwa) Data