

REGIONAL DISTRICT COUNCIL FRINGE BENEFITS FUNDS

PO BOX 4148, PORTLAND, OREGON 97208
PHONE 800-846-0611

New TR 80 FOR OFFICE USE ONLY

ET _____

EFF _____

PLEASE PRINT

EMPLOYEE NAME: _____
LAST NAME, FIRST NAME, MIDDLE INITIAL

SOCIAL SECURITY NUMBER: _____ M F BIRTHDATE: _____

MAILING ADDRESS: _____

CITY: _____ STATE: _____ ZIP CODE: _____

HOME PHONE NUMBER: _____ COUNTY: _____

CELL PHONE NUMBER: _____

EMAIL ADDRESS: _____

EMPLOYER: _____ LOCAL NUMBER: _____

I AM SUBMITTING THIS: TO UPDATE INFORMATION AS A NEW PARTICIPANT TO ADD FAMILY MEMBERS
 TO DELETE FAMILY MEMBERS, IF DELETION IS DUE TO DIVORCE GIVE DATE DIVORCE (DECREE) FINAL
DATE OF DIVORCE (DECREE) _____
LIST FAMILY MEMBERS DELETED _____

ARE YOU MARRIED? YES NO IF YES, PLEASE GIVE DATE OF MARRIAGE: _____

DO YOU OR ANY FAMILY MEMBERS HAVE ANY OTHER GROUP COVERAGE? YES NO
CARRIER OR PLAN NAME _____

LIST ALL ELIGIBLE CHILDREN

IMPORTANT: PLEASE ATTACH COPIES OF BIRTH CERTIFICATES FOR ALL DEPENDENTS.

1. NAME: _____ CHECK IF STEPCCHILD:
LAST NAME, FIRST NAME, MIDDLE INITIAL

SOCIAL SECURITY NUMBER: _____ BIRTHDATE: _____ SEX: M F

2. NAME: _____ CHECK IF STEPCCHILD:
LAST NAME, FIRST NAME, MIDDLE INITIAL

SOCIAL SECURITY NUMBER: _____ BIRTHDATE: _____ SEX: M F

3. NAME: _____ CHECK IF STEPCCHILD:
LAST NAME, FIRST NAME, MIDDLE INITIAL

SOCIAL SECURITY NUMBER: _____ BIRTHDATE: _____ SEX: M F

4. NAME: _____ CHECK IF STEPCCHILD:
LAST NAME, FIRST NAME, MIDDLE INITIAL

SOCIAL SECURITY NUMBER: _____ BIRTHDATE: _____ SEX: M F

5. NAME: _____ CHECK IF STEPCCHILD:
LAST NAME, FIRST NAME, MIDDLE INITIAL

SOCIAL SECURITY NUMBER: _____ BIRTHDATE: _____ SEX: M F

BENEFICIARY FOR RETIREMENT & VACATION FUNDS

1. PRIMARY BENEFICIARY: _____

RELATIONSHIP TO MEMBER: _____

2. CONTINGENT BENEFICIARY: _____

RELATIONSHIP TO MEMBER: _____

I AGREE THAT, TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE AND BELIEF, ALL STATEMENTS AND ANSWERS TO THE QUESTIONS IN THIS ENROLLMENT/BENEFICIARY DESIGNATION FORM ARE COMPLETE AND TRUE AND AGREE THAT THEY WILL BE THE BASIS OF ANY BENEFIT COVERAGE.

© 2,500 6/15

SIGNATURE: _____ DATE: _____

REGIONAL DISTRICT COUNCIL FRINGE BENEFITS FUNDS

PO BOX 4148, PORTLAND, OREGON 97208
PHONE 800-846-0611

New TR 80 FOR OFFICE USE ONLY
ET _____
EFF _____

NOMBRE DEL EMPLEADO: _____
APELLIDO, NOMBRE, INICIAL

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: _____ **M** **F** **FECHA DE NACIMIENTO:** _____

DIRECCIÓN DE CORREO: _____

CIUDAD: _____ **ESTADO:** _____ **CÓDIGO postal:** _____

TELEFONO DE CASA **NÚMERO:** _____
 CELULAR

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: _____

EMPLEADOR: _____ **LOCAL NUMBER:** _____

ME PRESENTO ESTA:

PARA ACTUALIZAR LA INFORMACIÓN COMO NUEVO PARTICIPANTE
 PARA AGREGAR MIEMBROS DE LA FAMILIA
 PARA ELIMINAR LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA, SI SUPRESIÓN ES DEBIDO AL DIVORCIO DAR FECHA DE DIVORCIO (DECRETO) FINAL

FECHA DE DIVORCIO _____
MIEMBROS DE LA FAMILIA LISTA ELIMINADO _____

ESTÁS CASADO? SI NO **SI ES ASÍ, POR FAVOR DAR FECHA DE MATRIMONIO:** _____

USTED O ALGÚN FAMILIAR TIENE ALGUNA OTRA COBERTURA DE GRUPO? SI NO

COMPANIA O NOMBRE DEL PLAN _____

LISTA DE LOS NIÑOS TODO ELEGIBLES

IMPORTANTE: SÍRVASE FACILITAR COPIAS DE CERTIFICADOS DE NACIMIENTO PARA TODOS LOS DEPENDIENTES.

1. NOMBRE: _____ **MARCAR SI ES HIJASTRO:**
APELLIDO, NOMBRE, INICIAL

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____ **SEXO:** M F

2. NOMBRE: _____ **MARCAR SI ES HIJASTRO:**
APELLIDO, NOMBRE, INICIAL

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____ **SEXO:** M F

3. NOMBRE: _____ **MARCAR SI ES HIJASTRO:**
APELLIDO, NOMBRE, INICIAL

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____ **SEXO:** M F

4. NOMBRE: _____ **MARCAR SI ES HIJASTRO:**
APELLIDO, NOMBRE, INICIAL

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____ **SEXO:** M F

5. NOMBRE: _____ **MARCAR SI ES HIJASTRO:**
APELLIDO, NOMBRE, INICIAL

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____ **SEXO:** M F

BENEFICIARIOS PARA FONDOS DE RETIRO Y VACACIONES

1. BENEFICIARIO PRIMARIO: _____

RELACIÓN CON MIEMBROS: _____

2. BENEFICIARIO CONTINGENTE: _____

RELACIÓN CON MIEMBROS: _____

ESTOY DE ACUERDO QUE, EN EL MEJOR DE MI CONOCIMIENTO Y CREENCIA, TODAS LAS DECLARACIONES Y RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS EN ESTE FORMULARIO DESIGNACIÓN DE INSCRIPCIÓN / BENEFICIARIO SON COMPLETOS Y VERDADERO Y ESTOY DE ACUERDO QUE SERÁ LA BASE DE CUALQUIER COBERTURA DE BENEFICIOS.

®  7
2,500 6/15

FIRMA DEL SOLICITANTE: _____ **FECHA:** _____