

# Legal Fund of Hotel-Restaurant Employees of Los Angeles

[www.lahotelretirementfund.org](http://www.lahotelretirementfund.org)

Administered By: Benefit Programs Administration

Telephone • (800) 252-9117 • (562) 463-5020 • FAX (562) 463-5894

## Forma de Inscripción

Nombre del Empleado		Numero de Seguro Social			
Dirección	Ciudad		Estado	Zona Postal	
Fecha de Nacimiento	Numero de Teléfono		Genero (circulé uno)	M	F
Estado Civil (circulé uno): Soltero(a)		Casado(a)	Divorciado(a)	Viudo(a)	
Empleador			Fecha de Empleo		

Los empleados deben completar un Formulario de Inscripción para nombrar a sus Dependientes antes de que los Dependientes sean elegibles. La Oficina Administrativa puede requerir certificados de matrimonio, certificados de nacimiento o otra evidencia que sustente las relaciones y evidencia de apoyo financiero y residencia antes de certificar la inscripción de dependientes y la elegibilidad para beneficios, y puede ser requerido periódicamente para continuar la inscripción de Dependientes. Un dependiente es definido por el Plan, como sigue:

"Dependientes" significa su cónyuge legal y sus hijos solteros. "Niños" incluye niños naturales, hijastros y niños adoptados (incluyendo niños colocados para adopción) menores de 26 años. Los nietos no casados dependientes y los hijos de crianza menores de 26 años de edad pueden ser cubiertos como Dependientes si viven con usted y están apoyados principalmente por usted. Para los hijos de crianza temporal, se requiere una copia de la orden original de la corte que fija el estatus del niño de crianza temporal en la familia del empleado.

Debe notificar a la Oficina Administrativa si cambia su estado civil, agrega nuevos Dependientes, su Dependiente deja de ser un "Dependiente" como se define bajo este Plan, o usted o su cónyuge cambian su dirección. (Por favor refiérase a la descripción del plan de resumen para obtener información adicional acerca de la cobertura para los niños con discapacidades dependientes.)

**NOMBRE A TODAS LAS PERSONAS CUBIERTAS POR ESTA INSCRIPCION. Usted puede incluir a su cónyuge y los hijos dependientes menores de 26 años de edad.**

NOMBRE DEL CONYUGE /DEPENDIENTE Y TODOS LOS NIÑOS.

APELLIDO	PRIMER NOMBRE	GENERO	RELACION	FECHA DE NACIMIENTO	NUMERO DE SEGURO SOCIAL
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta. También entiendo que el Fondo requiere comprobante de nacimiento de mis hijos certificado de matrimonio para mi cónyuge cuando se envía este formulario de inscripción.

Fecha de Firma	Firma del Empleado
----------------	--------------------

ENVIE EL FORMULARIO DE INSCRIPCION COMPLETADO A:

Legal Fund of Hotel-Restaurant Employers of Los Angeles:  
 c/o Benefit Programs Administration  
 1200 Wilshire Blvd., Fifth Floor  
 Los Angeles, CA 90017-1906