

MC DATE _____

for office use only

TARJETA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAR DE LINECO

Complétela y envíela a:
LINECO
Line Construction Benefit Fund
2000 Springer Drive
Lombard, IL 60148-7019
1-800-323-7268



Por favor **no** utilice las abreviaciones

Nombre del Empleado _____ # de Seg. Soc. _____

Dir del Empleado _____ # de Tel. _____
(#de Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Fec. Nac. _____ Sexo _M_ _F_ # Celular _____ Email _____

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Separado Separado Legalmente Viudo/a (Marque uno)

Nombre del Cónyuge _____ Fec. Nac. _____ # de Seg. Soc. _____

*******Incluya una copia AUTENTICADA del certificado de matrimonio*******

Nombre, dirección & número de teléfono del empleador de su cónyuge: si no tiene empleo, por favor escriba 'no empleado':

Nombre, dirección & número de teléfono del empleador de su hijo dependiente / cónyuge del hijo dependiente _____

Tiene el empleado o su(s) dependiente(s) inscrito(s) cobertura médica, dental, o de recetas con alguna otra entidad **que no sea** Lineco? **SÍ NO**
(Marque Uno)

Si la respuesta es sí, provea el nombre, dirección & número teléfono, y una copia de todas las tarjetas de identificación:

NOMBRE A TODOS SUS DEPENDIENTES NIÑOS MENORES DE 26 AÑOS

Nombre Legal Completo	Sexo	Parentesco entre el Hijo y Usted (hijo natural, hijastro, u otro, por favor especifique)	# de Seg. Soc.	Fec. Nac.	Empleado Sí o No

CON RESPECTO A CUALQUIER HIJO INSCRITO ARRIBA QUE NO ES PRODUCTO DE SU MATRIMONIO ACTUAL, VÉASE EL INVERSO DE ESTA TARJETA. ENVÍE COPIAS DEL DECRETO DE DIVORCIO O COPIAS DE TODOS LOS DOCUMENTOS DEL TRIBUNAL QUE ESTÉN RELACIONADOS CON ESE HIJO. CUALQUIER INFORMACIÓN FALTANTE CAUSARÁ DEMORAS EN EL PROCESAMIENTO DE RECLAMOS.

*******LLAME A LA OFICINA DEL FONDO SI SE CAMBIA DE DIRECCIÓN O DE NÚMERO DE TELÉFONO*******

PROVEA LA INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO DE VIDA EN EL LADO INVERSO DE LA TARJETA.

Fecha de Firma

Firma de Empleado

PROVEA LA INFORMACIÓN SOBRE LOS PADRES NATURALES POR CADA HIJO. LA INFORMACIÓN DEBE INCLUIR EL NOMBRE, LA DIRECCIÓN, EL NÚMERO DE TELÉFONO, LA FECHA DE NACIMIENTO, EL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL, O NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN, EL NOMBRE, LA DIRECCIÓN, Y EL NÚMERO DE TELÉFONO DE SU EMPLEADOR, Y TODA LA INFORMACIÓN ACERCA DEL SEGURO CON UNA COPIA DE LA(S) TARJETA(S) MÉDICA(S)/DENTAL(ES). PROVEA LA MISMA INFORMACIÓN PARA TODOS LOS PADRASTROS.

Nombre del Hijo _____ Parentesco entre el Hijo y el Empleado de Lineco _____

Nombre de la **Madre** Natural _____ # de Tel._(_____) _____

Dirección _____

Fecha de Nacimiento _____ # de Seg. Soc./ID _____

Nombre del Empleador _____

Dirección y Número de Teléfono _____

Nombre del Seguro _____

Dirección y Número de Teléfono _____

Nombre del **Padre** Natural _____ # de Tel._(_____) _____

Dirección _____

Fecha de Nacimiento _____ # de Seg. Soc./ID _____

Nombre del Empleador _____

Dirección _____ # de Tel._(_____) _____

Nombre del Seguro _____

Dirección _____ # de Tel._(_____) _____

Quién tiene custodia del hijo? _____

*******INFORMACIÓN SOBRE EL BENEFICIARIO DE SEGURO DE VIDA*******

Nombre del Empleado _____ # de Seguro Social _____

Nombre del Beneficiario _____

Apellido	Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Fec. Nac	Relación
----------	---------------	----------------------------	----------	----------

Dirección del Beneficiario _____ Número de Teléfono_(_____) _____

El beneficiario que está nombrado arriba reemplaza cualquiera y todos los beneficiaries designados previamente. (La designación de un beneficiario sera válido solamente si la Oficina del Fondo recibe este formulario mientras usted (el empleado) está con vida.

Fecha de Firma

Firma de Empleado