



**LABORERS FUNDS ADMINISTRATIVE OFFICE OF NORTHERN CALIFORNIA**  
**5672 Stoneridge Drive, Suite 100, Pleasanton, CA 94588**  
**Teléfono: (707) 864-2800 or Gratis al 1-800-244-4530**  
**Correo electrónico: customerservice@lfao.org**  
**Sitio de Web: http://www.lfao.org**

FUND OFFICE USE ONLY (610)
EFF. DATE:
HCID: <b>LA</b>
ELIGIBILITY CODE/GROUP NO.:

## FORMA DE INSCRIPCIÓN DEL PLAN DENTAL ACTIVO Y ESPECIAL

<b>INFORMACION DEL PARTICIPANTE</b> (Por favor imprime claramente utilizando una pluma)					
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	NOMBRE PRIMERO:	MEDIO	APELLIDO		
DOMICILIO RESIDENCIAL (no Apartado Postal)		CIUDAD	ESTADO      CÓDIGO POSTAL		
NÚMERO DE TELÉFONO  (   )	ÚNION LOCAL	FECHA DE NACIMIENTO		GÉNERO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTERO/A <input type="checkbox"/> CASADO/A
		MES	DÍA		
<b>OPCIONES DE LOS PLANES DENTALES</b>					
<b>IMPORTANTE:</b> Usted y sus dependientes deberán inscribirse en el mismo Plan de Beneficios. Marque solamente un cuadro.					
<input type="checkbox"/> <b>Anthem Blue Cross Dental Complete.</b> Libertad de utilizar cualquier dentista que escoja, sin embargo paga gastos menos del propio bolsillo cuando escoja un dentista Anthem Blue Cross Dental Complete.					
<input type="checkbox"/> <b>Delta Care USA.</b> Usted debe que escojer un dentista de la lista de Oficinas Dentales Participando con delta Care USA Nombre del Dentista: _____ NU. De Dentista: _____					
<input type="checkbox"/> <b>Bright Now!/Newport Dental.</b> Usted debe que escojer un dentista de la lista de Oficinas Dentales participando con Bright Now!/Newport Dental.					
<input type="checkbox"/> <b>UnitedHealthcareDental.</b> Usted debe escojer us dentist de la lista de Oficinas Dentales participando con UnitedHealthcareDental:  Dentista: _____ NU. De Dentista: _____					
<b>INFORMACION DE DEPENDIENTES</b> (Liste todos los dependientes quienes va inscribir. Use el reverso si necesita mas espacio)					
PRIMER Y SEGUNDO NOMBRE (Y APELLIDO SI ES DIFERENTE DEL PARTICIPANTE)		NAC. MES / DIA / AÑO	RELACION AL DEPENDIENTE		
1.			CONYUGE		
2.			<input type="checkbox"/> HIJO	<input type="checkbox"/> HIJA	
3.			<input type="checkbox"/> HIJO	<input type="checkbox"/> HIJA	
4.			<input type="checkbox"/> HIJO	<input type="checkbox"/> HIJA	
<i>Entiendo que una vez que haya seleccionado un plan, no puedo cambiar a otro plan hasta la Inscripción Abierta siguiente. Acuerdo será limitado por los beneficios, deducciones, copagos, exclusiones y otros términos del acuerdo del plan. Su solicitud no será aceptada sin su firma debajo. Devuelva por favor esta Forma de Inscripción a la oficina del Fondo.</i>					
<b>Importante:</b> Si usted se inscrito en Destacare USA, Bright Now!/Newport Dental, o UnitedHealthcareDental, y tiene una queja con alguno de estos proveedores de servicio, uste y el Plan Dental serán sujeto al arbitraje obligatorio.					
<b>Fecha:</b> _____ <b>Firma del Participante:</b> _____					
<b>SOLO PARA EL USO DE LA OFICINA DEL FONDO</b> (Por favor no escriba en este espacio)					
<input type="checkbox"/> NEW EMPLOYEE <input type="checkbox"/> OPEN ENROLLMENT <input type="checkbox"/> COBRA - DATE OF QUALIFYING EVENT _____					