

Change of Address or Phone Number Form/Formulario para cambio de numero de de telefono o direccion • NYHTC & HA of NYC, Inc. Health Benefits Fund/Fondo de Beneficios Fondo de Beneficios de Salud



Contact us/Para contactarnos

305 W. 44th Street • New York, NY, 10036 • Phone: (212) 586-6400 • Fax: (212) 237-3061 • E-Mail: HBFServices@hotelfunds.org

Section 1/Sección 1

Member Information/Información del Miembro

First Name/Nombre

M.I./Inicial

Last Name/APELLIDO

Social Security Number/Número de seguro social

Section 2/ Sección 2

Changes/Cambios

Check one that applies/Indique uno que aplica

I have changed my address./He cambiado mi dirección.

I have changed my phone number./He cambiadó me número de teléfono.

I have changed both my address and phone number./He cambiado tanto mi dirección como mi número teléfono.

Required documents for address change/Documentos necesarios para el cambio de dirección: Two of the following are acceptable proof of residence: an original drivers license or state-issued photo ID, utility bill, lease or mortgage statement. Gas, electric, cable/satellite TV, internet service, or landline phone bills are acceptable as utility bills, however, cell phone bills cannot be accepted./**Dos de los siguientes son pruebas aceptables de residencia:** una licencia de conducir original o una identificación con foto emitida por el estado, una factura de servicios públicos, un contrato de arrendamiento o una declaración de hipoteca. Las facturas de gas, electricidad, TV por cable/satélite, servicio de Internet o teléfono fijo son aceptables como facturas de servicios públicos, sin embargo, no se aceptan facturas de teléfono celular.

Indicate your **previous** address and/or phone number./Indique su **dirección y/o número de teléfono anterior**

Street Address/ Dirección

City/ Ciudad

State/ Estado

Zip Code/ Código postal

Telephone Number/ Número telefónico

Indicate your **new** address and/or phone number./ Indique su **nueva** dirección y/o número de teléfono

Street Address/ Dirección

City/ Ciudad

State/ Estado

Zip Code/ Código postal

Telephone Number/ Número telefónico

Will address change apply to dependents?/¿Se aplicará el cambio de dirección a las dependientes? Yes/ Sí No/ No

Section 3/ Sección 3

Out of Area/EPO Changes/Cambios fuera del área/EPO

Change will grant Out-of-Area/ EPO Coverage/ El cambio otorgará cobertura fuera del área/EPO: _____ Member's Initials/ Iniciales del miembro

By initialing here, I confirm that I have been provided with the rules of out-of-area coverage. I understand that this address change will grant out-of-area/Empire EPO coverage. I further understand that if I move back in-area (to Manhattan, Brooklyn, Queens or the Bronx), this out-of-area EPO coverage will convert back to regular in-area coverage on the day my residence changes. It is my responsibility to inform the Employee Benefit Funds of this address change./ Entiendo que este cambio de dirección otorgará cobertura fuera del área/Empire EPO. Además, entiendo que si me mudo de nuevo dentro del área (a Manhattan, Brooklyn, Queens o el Bronx), esta cobertura EPO fuera del área volverá a convertirse en cobertura regular dentro del área el día que actualice mi dirección mi residencia. Es mi responsabilidad informar a los Fondos de Beneficios para Empleados de este cambio.

Change will take away Out-of-Area/ EPO Coverage/ El cambio eliminará la cobertura fuera del área/EPO: _____ Member's Initials/ Iniciales del miembro

By initialing here, I confirm that I have been provided with the rules of in-area coverage. I will be responsible for any out-of-area Empire EPO services I receive on or after this change of address which would not have been covered through in-area coverage./ Al poner mis iniciales aquí, confirmo que me han proporcionado las reglas de cobertura en el área. Seré responsable de cualquier servicio EPO de Empire fuera del área que reciba a partir de este cambio de dirección que no hubiera estado cubierto a través de la cobertura dentro del área.

Section 4/ Sección 4

Signature/Firma

By signing below, I certify that all information supplied on this form is accurate and complete./Al firmar a continuación, certifico que toda la información proporcionada en este formulario es precisa y completa.

Participant Signature/Firma del participante

Current Date (Month/Day/Year)/Fecha actual (mes/día/año)