



Benefit Fund
For Hospital and Health Care
Employees – Philadelphia and Vicinity
 1319 Locust Street • Philadelphia PA 19107-5405
 Telephone 215.735.5720 • 800.531.1199 • Fax 215-985-9232

Dear Member:

Under the Plan, benefits may be available to any of your natural or legally adopted, unmarried children between 19 and 23 years of age IF they are:

- ✓ Not employed full time and
- ✓ Are enrolled in school full time, or
- ✓ Are physically or mentally disabled.

If applicable, complete the form below and return it in the enclosed envelope with proof of full-time school attendance or proof of physical or mental disability.

DEPENDENT CERTIFICATION

PLEASE PRINT ALL INFORMATION LEGIBLY

MEMBER'S
NAME

LAST

FIRST

MEMBER'S
SSN

DEPENDENT'S
NAME

LAST

FIRST

DEPENDENT'S
SSN

DEPENDENT'S
DATE OF BIRTH

____ _

My dependent child listed above is not married, is not employed full time, is principally dependent upon me for maintenance and support, is between 19 and 23 years of age, is my natural or legally adopted child, is enrolled in school full time, or is disabled.

Member's Signature _____

Employer _____

Date _____ Telephone Number _____

Address _____

City _____ State _____ Zip _____ -- _____



Benefit Fund

For Hospital and Health Care

Employees – Philadelphia and Vicinity

1319 Locust Street • Philadelphia PA 19107-5405

Telephone 215.735.5720 • 800.531.1199 • Fax 215-985-9232

Apreciado Miembro:

Bajo el Plan, beneficios son disponible para cualquier niño que es natural de nacimiento, legalmente adoptado o no es casado entre las edades 19 a 23 años. Son elegible SI ellos:

- ✓ No trabajan tiempo-completo y
- ✓ Son inscribidos en la escuela de tiempo-completo, o
- ✓ Son fisicamente o mentalmente incapacitado/a.

Si applicable, complete esta forma en la parte de abajo y regresela en el sobre incluido con prueba de la escuela que esta inscribido de tiempo-completo o prueba que es fisicamente o mentalmente incapacitado/a.

CERTIFICADO DE DEPENDIENTE

FAVOR DE IMPRIMIR TODAS LAS INFORMACIONES LEGIBLE

NOMBRE DEL
MIEMBRO

_____ *APELLIDO*

_____ *PRIMER NOMBRE*

NUMERO DE
SEGURO SOCIAL

NOMBRE DEL
DEPENDIENTE

_____ *APELLIDO*

_____ *PRIMER NOMBRE*

NUMERO DE
SEGURO SOCIAL

FECHA DE
NACIMIENTO

Mi dependiente arriba no es casado, no trabaja tiempo-completo, depende principalmente de mi para su mantenimiento y apoyo, es entre las edad 19 a 23 años, es naturalmente o legalmente adoptado, esta inscribido en la escuela de tiempo-completo o es incapacitado/a.

Firma del Miembro _____

Empleador _____

Fecha _____ Numero de Telefono _____

Direccion _____

Ciudad _____ State _____ Zip _____ -- _____