



LABORERS HEALTH AND WELFARE TRUST FUND FOR NORTHERN CALIFORNIA

LABORERS PENSION TRUST FUND FOR NORTHERN CALIFORNIA

LABORERS ANNUITY PLAN FOR NORTHERN CALIFORNIA

5672 Stoneridge Drive, Suite 100, Pleasanton, CA 94588 * Teléfono: (707) 864-2800 o Número gratuito 1-800-244-4530

Correo Electrónico: customerservice@lfao.org * Sitio de web: http://www.lfao.org

FORMA DE INSCRIPCIÓN DE BENEFICIARIO

(Doc. 457)

INFORMACIÓN DE BENEFICIARIO (Por favor escriba claramente utilizando una pluma)

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		NOMBRE: PRIMERO		MEDIO	APELLIDO	
DIRECCIÓN FÍSICA			CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE DE LA ANTERIOR)			CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
FECHA DE NAC.	MES /	DÍA /	AÑO	GENERO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	Nº. DE CASA : ☎ Nº. DE CELULAR: ☎	CORREO ELECTRÓNICO, SI TIENE

DECLARACIÓN DEL BENEFICIARIO

Por este medio certifico bajo pena de perjurio de acuerdo a las leyes del Estado de California que la información dada en esta forma es cierta, correcta y completa.

FECHA:

FIRMA:

INFORMACIÓN DE DEPENDIENTES – Complete esta sección solamente SI ES ELEGIBLE para la cobertura de Salud y Bienestar. NO complete esta sección si está solicitando un beneficio de Pensión solo como beneficiario.

IMPORTANTE: Añadir "Dependientes Elegibles" o eliminar los quienes anteriormente inscribió abajo. El término "Dependientes Elegibles" significa sus hijos menores de 26 años de edad sin importar su estado civil y sus hijos solteros de 26 años de edad o más que estén totalmente incapacitados según lo explica el Plan. A menos que los documentos hayan sido entregados antes, tiene obligación de enviar por correo los documentos correspondientes que se indican abajo a la Oficina del Fondo para comprobar su relación con su dependiente(s). **Para fines de identificación, escriba su número de seguro social en cada documento(s)**

HIJO PROPIO-Certificado de Nacimiento

HIJO ADOPTADO-Certificado de Nacimiento y documento de Adopción Legal

TUTORÍA LEGAL-Los papeles o documentos de tutorial de un Tribunal nombrándolo como tutor legal

NIÑO FOSTER – Prueba de colocación en su hogar o la custodia de una agencia de colocación o un Tribunal que le nombra como el padre foster

! SI ALGUNO DE SUS DEPENDIENTES TIENE OTRA COBERTURA DE SEGURO DE GRUPO, MARQUE ESTE CUADRO .

Añadir / Suprimir	Relación	Nombre-Escriba el primer nombre e inicial (y el apellido si es diferente al suyo)	Fecha de Nacimiento Mes Día Año	Nº. De Seguro Social.
<input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Suprimir	<input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> HIJA		/ /	- -
<input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Suprimir	<input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> HIJA		/ /	- -
<input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Suprimir	<input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> HIJA		/ /	- -

- ! Usted será responsable de cualquier reclamo mal pagado que deriva de falta de notificar la Oficina de Fondos de los cambios en dependientes elegibles, tales como, pero no limitado a la muerte, el divorcio o la pérdida de la tutoría legal.
- Esta Forma será devuelta si falta proveer los datos del dependiente como fecha de nacimiento y número de Seguro Social.

FUND OFFICE USE ONLY

DECEASED PENSIONER'S SSN	NAME
--------------------------	------