



LABORERS HEALTH AND WELFARE TRUST FUND FOR NORTHERN CALIFORNIA

LABORERS VACATION-HOLIDAY TRUST FUND FOR NORTHERN CALIFORNIA

LABORERS PENSION TRUST FUND FOR NORTHERN CALIFORNIA

LABORERS ANNUITY PLAN FOR NORTHERN CALIFORNIA

220 Campus Lane, Fairfield, CA 94534-1498 \* Teléfono: (707) 864-2800 o Gratuito al 1-800-244-4530

Correo Electrónico: [customerservice@norcalaborers.org](mailto:customerservice@norcalaborers.org) \* Sitio de web: <http://www.norcalaborers.org>

## NOTIFICACIÓN DE CAMBIO DE DIRECCIÓN

(Doc. 462)

### INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE (Por favor imprima claramente utilizando una pluma)

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	NOMBRE: PRIMERO	MEDIO	APELLIDO
Nº. DE CASA: ☎	UNIÓN LOCAL	CORREO ELECTRÓNICO, SI TIENE	
Nº. DE CELULAR: 📱			

### NUEVA DIRECCIÓN

DIRECCIÓN FÍSICA	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE DE LA ANTERIOR)	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
INDIQUE LA FECHA EN QUE QUIERE QUE LA OFICINA DEL FONDO UTILICE SU NUEVA DIRECCIÓN:	MES	DÍA	AÑO
	/	/	

### DIRECCIÓN ANTERIOR

DIRECCIÓN FÍSICA	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE DE LA ANTERIOR)	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

### FIRMA DEL PARTICIPANTE

FECHA:	FIRMA:
--------	--------

### IMPORTANTE

**Esta forma es solamente para cambiar su dirección actual en los expedientes de la Oficina del Fondo. Esta forma no cambiará su dirección con su unión local.** Debe contratar a su unión local directamente para cambiar su registro de dirección con ellos.

Deberá completar una FORMA DE INSCRIPCIÓN si quiere cambiar la situación de sus dependientes o beneficiarios.

Marque este cuadro  para recibir una FORMA DE INSCRIPCIÓN.