



PENSION & HCEA DIRECT DEPOSIT FORM

PENSION

NAME		SOCIAL SECURITY NO.	
ADDRESS	STREET	CITY	ZIP CODE
BANK			
* TYPE OF ACCOUNT AND ACCOUNT NUMBER (MARK 1 OPTION AND WRITE THE ACCOUNT NUMBER AND ROUTING NUMBER)			
<input type="checkbox"/> CHECKING	<input type="checkbox"/> SAVINGS	ROUTING NO.:	ACCOUNT NO.:
<p>You MUST enclose a personal check with your pre-printed name and address, marked "VOID" across the front OR a bank letter or statement stating your name, routing and account number. -- OR -- You MUST provide proof that account is in your name</p> <p>I hereby authorize Laborers Pension and Health & Welfare Trust Funds for Northern California to initiate deposits (or correcting entries to previous deposits) to the account checked above. This authorization is to remain in force until I revoke it by giving a written notice to the Trust Funds.</p>			
PARTICIPANT SIGNATURE:		DATE:	

Please check this box if you would like to receive your Health Care Expense (HCEA) payment to the account mentioned above. *If this box is left unchecked and there is no additional banking information entered below, your payments will automatically defer to the above account.

HEALTH & CARE EXPENSE

NAME		SOCIAL SECURITY NO.	
ADDRESS	STREET	CITY	ZIP CODE
BANK			
* TYPE OF ACCOUNT AND ACCOUNT NUMBER (MARK 1 OPTION AND WRITE THE ROUTING NUMBER AND ACCOUNT NUMBER)			
<input type="checkbox"/> CHECKING	<input type="checkbox"/> SAVINGS	ROUTING NO.:	ACCOUNT NO.:
<p>You MUST enclose a personal check with your pre-printed name and address, marked "VOID" across the front OR a bank letter or statement stating your name, routing and account number. -- OR -- You MUST provide proof that account is in your name</p> <p>I hereby authorize Laborers Pension and Health & Welfare Trust Funds for Northern California to initiate deposits (or correcting entries to previous deposits) to the account checked above. This authorization is to remain in force until I revoke it by giving a written notice to the Trust Funds.</p>			
PARTICIPANT SIGNATURE:		DATE:	

ATTACH VOIDED CHECK HERE

- Alternatively, you can submit a bank statement or a letter from your bank on their letterhead.

Attach here

Bank Name and Address

My Name	101
My Address	50-9998/9999 1
My City, State, & Zip	_____ 20 _____
Pay to the order of	\$ _____ Dollars
VOID	
The Bank Name	
Bank Address	
⑆ 123456789 ⑆	12 34567890 ⑈ 101

9 Digit Bank Routing Number Your Account Number

MAIL OR DROP OFF AT:

YOU CAN CONTACT US VIA EMAIL AT CUSTOMERSERVICE@LFAO.ORG

LABORERS FUNDS ADMINISTRATIVE OFFICE OF NORTHERN CALIFORNIA, INC.
 5672 STONERIDGE DRIVE, SUITE 100
 PLEASANTON CA 94588



FORMA DE DEPÓSITO DIRECTO PARA PENSIÓN & HCEA

PENSIÓN

NOMBRE		SEGURO SOCIAL	
DOMICILIO	CALLE	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL
BANCO			
* TIPO DE CUENTA Y NÚMERO DE CUENTA (MARQUE 1 OPCIÓN Y ESCRIBA EL NÚMERO DE RUTA Y EL NÚMERO DE CUENTA)			
<input type="checkbox"/> CHEQUE	<input type="checkbox"/> AHORROS	NÚMERO DE RUTA: _____	NÚMERO DE CUENTA: _____
Usted DEBE adjuntar un cheque personal con su nombre y domicilio preimpreso y marcado "CANCELADO" a través del frente. -- O -- Usted DEBE proporcionar prueba que la cuenta esta en su nombre.			
Por la presente, autorizo a el Fondo de Fideicomiso de Pensión y Salud y Bienestar de los Obreros del Norte de California a iniciar depósitos (o corregir entradas de depósitos anteriores) en la cuenta marcada anteriormente. Esta autorización permanecerá en vigor hasta que yo la revoque mediante notificación por escrito a el Fondo de Fideicomiso.			
FIRMA DEL PARTICIPANTE:		FECHA:	



Por favor marque esta casilla si desea recibir su pago de Gastos de Salud (HCEA) en la cuenta mencionada anteriormente. *Si esta casilla no se marca y no se ingresa información bancaria adicional a continuación, sus pagos se transferirán automáticamente a la cuenta anterior

GASTOS DE SALUD

NOMBRE		SEGURO SOCIAL	
DOMICILIO	CALLE	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL
BANCO			
* TIPO DE CUENTA Y NÚMERO DE CUENTA (MARQUE 1 OPCIÓN Y ESCRIBA EL NÚMERO DE CUENTA Y EL NÚMERO DE RUTA)			
<input type="checkbox"/> CHEQUE	<input type="checkbox"/> AHORROS	NÚMERO DE RUTA: _____	NÚMERO DE CUENTA: _____
Usted DEBE adjuntar un cheque personal con su nombre y domicilio preimpreso y marcado "CANCELADO" a través del frente.-- O -- Usted DEBE proporcionar prueba que la cuenta esta en su nombre.			
Por la presente, autorizo a el Fondo de Fideicomiso de Pensión y Salud y Bienestar de los Obreros del Norte de California a iniciar depósitos (o corregir entradas de depósitos anteriores) en la cuenta marcada anteriormente. Esta autorización permanecerá en vigor hasta que yo la revoque mediante notificación por escrito a el Fondo de Fideicomiso.			
FIRMA DEL PARTICIPANTE:		FECHA:	

ADJUNTE CHEQUE CANCELADO AQUÍ

- Alternativamente, puede enviar un extracto bancario o una carta con membrete de su banco.

Attach here

Bank Name and Address

My Name	101
My Address	50-9999/9999 1
My City, State, & Zip	_____ 20 _____
Pay to the order of _____ \$ _____	_____ Dollars
The Bank Name	
Bank Address	
⑆ 123456789 ⑆	⑆ 12 34567890 ⑆ 101

9 Digit Bank Routing Number Your Account Number

ENVIE POR CORREO O ENTREGUE A :

LABORERS FUNDS ADMINISTRATIVE OFFICE OF NORTHERN CALIFORNIA, INC.
5672 STONERIDGE DRIVE, SUITE 100
PLEASANTON CA 94588

CONTACTENOS POR CORREO ELECTRONICO EN CUSTOMERSERVICE@LFAO.ORG