

United Brotherhood of Carpenters and Joiners of America
FORMULARIO DE RECIPROCIDAD
AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA DE CONTRIBUCIONES

Favor de rellenar completamente este formulario (partes A a D)

A. Información del miembro

Nombre del participante (nombre de pila, inicial, apellido)		Núm. de seguro social del participante	
Dirección residencial	Ciudad	Estado	Código postal
Fecha de nacimiento	Teléfono	Dirección electrónica	Número local

B. Información del fondo local

Mi fondo local es aquel que se encuentra dentro de la jurisdicción de mi sindicato local. Quiero que mis contribuciones se asignen a mi fondo o fondos locales. Soy participante del siguiente fondo o fondos - *Referidos como fondos "locales"*:

Enumere solo el nombre o nombres de los fondos LOCALES a los cuales quiere que se transfieran sus contribuciones:	
Fondo local de salud y bienestar (Health & Welfare Home Fund):	
Fondo local de pensión (Pension Home Fund):	
Fondo local de anualidad (Annuity Home Fund):	

C. Fondo externo colaborador

En el periodo que comienza el ____/____/_____, yo (trabajaré) (trabajé) en un área cubierta por el o los siguientes fondos - *Referidos como fondos "externos" colaboradores*:

Enumere solo el nombre o nombres de los fondos EXTERNOS :	
Fondo externo de salud y bienestar (Health & Welfare Outside Fund):	
Fondo externo de pensión (Pension Outside Fund):	
Fondo externo de anualidad (Annuity Outside Fund):	
Sindicato local externo:	

Nota: Como las tasas de contribución varían entre fondos, las horas trabajadas fuera del área de su "fondo local" podrían dar como resultado una reducción de las horas acreditadas.

D. Autorización/Firma

Yo, por medio de la presente, en la medida en que los fideicomisarios del fondo o fondos externos colaboradores arriba enumerados y los fideicomisarios de mi fondo o fondos locales acuerden, mediante la firma del Acuerdo recíproco internacional, elijo que las contribuciones pagadas en mi nombre al fondo o fondos externos colaboradores se envíen a mi fondo local al recibo de mi formulario "Autorización para la transferencia de contribuciones". Entiendo que esta solicitud de transferencia de contribuciones se debe presentar dentro de 60 días a partir del inicio de mi empleo temporal dentro de la jurisdicción del fondo o fondos externos colaboradores. **Esta autorización y exoneración continuará hasta que yo la revoque por escrito, y la revocación se entregue al fondo o fondos locales y al fondo o fondos externos.**

Por medio de la presente exonero (en mi nombre y en nombre de cualquier persona que presente reclamaciones por mi mediación) y además libero de responsabilidad al fondo o fondo externos y a sus fideicomisarios de toda reclamación, demanda, acción, derecho de acción y acción judicial referente a cualquier contribución así transferida y a cualquier beneficio o crédito que hubiera acumulado o vuelto pagadero a mí o a mis beneficiarios si yo no hubiera autorizado esta transferencia de contribuciones. Entiendo que la transferencia de contribuciones podría afectar negativamente mi elegibilidad.

Firma del participante: _____ **Fecha de la firma** _____

Por medio de la presente el fondo local acusa recibo de esta solicitud de transferencia/autorización del participante y la presenta al fondo externo.

Firma del representante del fondo local: _____ **Fecha de la firma** _____

Oficina administrativa/del Fondo _____ Dirección _____ Número de teléfono _____