OHIO LABORERS Benefits

FORMULARIO DE SOLICITUD Y CONSENTIMIENTO DE TRANSFERENCIA

FONDO DE SEGURO DEL CONSEJO DE DISTRITO DE TRABAJADORES DE OHIO Y LA ASOCIACIÓN DE CONTRATISTAS DE OHIO

800 Hillsdowne Road, Westerville, OH 43081-3302
Teléfono: (614) 898-9006 | (800) 236-6437 Fax: (614) 898-9176

La siguiente información debe ser completada por el empleado:

Nombre: _____
(Apellidos) *(Nombre)* *(Segundo Nombre)*

Direccion: _____
(Numero y calle)
_____ _____
(Ciudad y Estado) *((Código Postal)*

Numero de Seguro Social: ___ - ___ - ___

Fecha de nacimiento del miembro: _____

Local Union #: _____

Fondo de Origen: _____

Fondo Receptor: _____

Fondo de Seguro del Consejo de Distrito de Trabajadores de Ohio – Asociación de Contratistas de Ohio y Fondo de Pensiones del Consejo de Distrito de Trabajadores y Contratistas de Ohio.

Fecha de Inicio de Trabajo en el Área del Fondo Receptor: _____ _____ _____
Mes *Día* *Año*

De conformidad con el Acuerdo Reciproco entre el Fondo de Origen y el Fondo Receptor, por la presente solicito que el Fondo Receptor transmita a mi Fondo de Origen todas y cada una de las siguientes contribuciones pagadas/horas registradas a mi nombre (Marque la casilla o casillas correspondientes):

☐ Contribuciones al Fondo de Seguro ☐ Contribuciones al Fondo de Pensiones

Entiendo que ya no tendré ningún reclamo contra el Fondo Receptor por ningún beneficio. También comprendo que mi elegibilidad para cualquier beneficio basado en dichas contribuciones se determinará únicamente de acuerdo con los beneficios de mi Fondo de Origen.
Autorizo esta solicitud de acuerdo con los términos del Acuerdo Recíproco entre el Fondo de Origen y el Fondo Receptor mencionado arriba.

_____ _____
Firma del Empleado Fecha

IN