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 miembro:

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 Recíproco entre el Fondo de Origen y el Fondo Receptor, por medio del presente solicito que el Fondo Receptor transfiera a mi Fondo de Origen todas y cada una de las siguientes contribuciones y/o horas registradas a mi nombre (marque la casilla o las casillas correspondientes):

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

Autorizo esta solicitud de acuerdo con los términos del Acuerdo Recíproco entre el Fondo de Origen y el Fondo Receptor mencionados anteriormente.

_____
Firma del Empleado

_____
Fecha

OUT