



CEMENT MASONS HEALTH AND WELFARE TRUST FUND FOR NORTHERN CALIFORNIA
CEMENT MASONS PENSION TRUST FUND FOR NORTHERN CALIFORNIA
 220 Campus Lane, Fairfield, CA 94534-1499
 Telephone: (707) 864-3300 or Toll-Free at 1-888-245-5005
 E-Mail Address: customerservice@norcalcementmasons.org
 Website: http://www.norcalcementmasons.org

FORMA DE INSCRIPCIÓN DE BENEFICIARIOS

(Doc. 19)

INFORMACIÓN DE BENEFICIARIO (Por favor imprima claramente utilizando una pluma)

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	PRIMER NOMBRE	MEDIO	APELLIDO
DOMICILIO RESIDENCIAL	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO	NO. DE TELÉFONO	CORREO ELECTRONICO, SI TIENE
MES / DÍA / AÑO	<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO		

DECLARACIÓN DEL BENEFICIARIO

Por este medio certifico bajo pena de perjurio de acuerdo a las leyes del Estado de California que la información que se da en esta forma es cierta, correcta y completa a mi mejor saber y entender.

FECHA:

FIRMA:

INFORMACIÓN DE DEPENDIENTE Haga una lista de todos los dependientes que va a inscribir

IMPORTANTE: Complete esta sección solamente SI ES ELEGIBLE PARA la cobertura de Salud y Bienestar. NO Complete esta sección si esta solicitando solamente el beneficio de Pensión como beneficiario.

IMPORTANTE:

El término “**Dependiente Elegible**” significa su cónyuge legal, sus hijos solteros menores de 19 años, sus hijos solteros mayores de 19 años que son estudiantes de tiempo completo, sus hijos solteros que estén totalmente incapacitados según se explica en el Plan.

Se requieren los siguientes documentos para los dependientes (a menos que ya los haya entregado a la Oficina del Fondo) que deberán enviarse por correo a la Oficina del Fondo junto con esta Forma. Escriba su numero de seguro social en cada uno de los documentos para fines de identificación. Por favor póngase en contacto con la Oficina del Fondo si los documentos no están disponibles.

HIJO PROPIO: Certificado de Nacimiento **HIJO ADOPTIVO:** Certificado de Nacimiento y documento de adopción legal **HIJASTRO:** Certificado de Nacimiento (Para determinar la elegibilidad, le enviaremos por correo una Declaración Jurada para la Cobertura de Hijastro al recibir esta Forma).

PRIMER NOMBRE Y INICIAL 2º NOMBRE (Y APELLIDO SI ES DIFERENTE DEL PARTICIPANTE.)	FECHA DE NAC. MES / DÍA / AÑO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	RELACIÓN DEL DEPENDIENTE
1.			<input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> HIJA
2.			<input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> HIJA
3.			<input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> HIJA

SOLO PARA EL USO DE LA OFICINA DEL FONDO

DECEASED PENSIONER'S SSN	NAME