



Fondo Fiduciario de los Albañiles del Cemento del Norte de California

Dublín Blvd. 4160, Suite 100 Dublin, CA 94568 | Teléfono: (707) 864-3300 o (888) 245-5005

SOLICITUD PARA ESTUDIANTE COBERTURA AMPLIADA DE PERSONAS DEPENDIENTES

El participante debe completar - La solicitud no será procesada a menos que se responda a todas las preguntas.

NOMBRE DEL PARTICIPANTE

SEGURIDAD SOCIAL NÚM.

DIRECCIÓN

CIUDAD

ESTADO CÓDIGO POSTAL

Por Favor, Responda a lo Siguiente en Relación al Estudiante

NOMBRE COMPLETO
DEL ESTUDIANTE

FECHA
DE NACIMIENTO

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA

NÚM. DE TELÉFONO

DIRECCIÓN DE LA CALLE

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

Matriculado en (marque una opción) o, si dispone de ella, adjunte una copia del expediente académico:

☐ Semestre de OTOÑO ☐ Semestre de PRIMAVERA

Indique el período: DESDE HASTA

Declaración del Participante

Su persona dependiente debe cumplir la definición de "estudiante dependiente" del Plan y todos los requisitos que se indican a continuación. Por favor, responda a las siguientes preguntas:

- ¿Está casada la persona dependiente? ☐ Si ☐ No
- ¿Está su familiar dependiente matriculado en una institución acreditada en al menos 8 unidades? ☐ Si ☐ No
- ¿Ha declarado o va a declarar a su persona dependiente en su declaración de Impuesto sobre la Renta?
☐ Si ☐ No

Certifico que la persona dependiente indicada arriba cumple todos los requisitos exigidos por el Plan para la cobertura de estudiantes dependientes. Entiendo que debo notificar inmediatamente por escrito a la Oficina del Fondo si mi hijo contrae matrimonio, deja de ser estudiante a tiempo completo o deja de ser persona dependiente según el código del Servicio de Impuestos Internos. Entiendo que la Oficina del Fondo tiene derecho a verificar la situación de mi persona a cargo en la institución arriba mencionada y que acepto presentar un formulario de Solicitud de Cobertura de Estudiante Dependiente al menos una vez al año para la persona dependiente arriba mencionada.

Certifico bajo pena de perjurio en virtud de las leyes del estado de California que las declaraciones anteriores son verdaderas, correctas y completas a mi leal saber y entender.

Firma del Participante:

Fecha: