

**United Brotherhood of Carpenters and Joiners of America
RECIPROCITY FORM | FORMULARIO DE RECIPROCIDAD
AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA DE CONTRIBUCIONES**

Por favor, llene este formulario en su totalidad (Partes A – D)

A. Información del Participante

Nombre del Participante (Primer nombre, Segundo, Apellido):		Seguro social del Participante:	
Dirección: (Numeración y calle)		Ciudad y Estado:	Zona Postal:
Fecha de nacimiento: (Mes, día, año)	Teléfono:	Correo electrónico:	Número De Local:

B. Información del Fondo Domiciliario conocido como Home

He trabajado o trabajaré en un área cubierta por un Externo/Visitante Fondo cooperante. Solicito que las contribuciones hechas en mi nombre al Fondo Externo/Visitante se transfieran a mi(s) Fondo(s) Domiciliario conocido como Home. Soy participante en los Fondos Domiciliarios/Home que se especifican a continuación:

Por favor, especifique solo los nombres de los Fondos Domiciliarios/HOME a los que desea que se transfieran sus contribuciones:	
Fondo Domiciliario de Salud y Bienestar:	Mid-America Carpenters Regional Health Fund – St. Louis-Kansas City Region 1419 Hampton Ave, St. Louis, MO 63139
Fondo Domiciliario de Pensión:	Carpenters' Pension Fund of Kansas City PO Box 909500, Kansas City, MO 64190
Fondo Domiciliario de Anualidad:	St. Louis-Kansas City Carpenters Regional Annuity Fund 1419 Hampton Ave. St. Louis, Mo. 63139

C. Fondo Cooperativo Externo/Visitante

Para el período que comienza ____/____/____, (Mes/Día/Año), he trabajado o trabajaré en un área cubierta por los siguientes Fondos, referidos como "Fondos Away (Externo/Visitante) cooperantes":

Por favor, especifique solo los nombres de los Fondos AWAY (Externos/Visitante) cooperantes :	
Fondo Domiciliario de Salud y Bienestar :	
Fondo Domiciliario de Pension:	
Fondo Domiciliario de Anualidad:	
Unión Local Externo/Visitante:	
Empleador Externo/Visitante	

Nota: Dado que las tasas de contribución varían de un Fondo a otro, las horas trabajadas fuera de su área de "Fondo Domiciliario" pueden resultar en una reducción de las horas acreditadas.

D. Autorización/Firma

Por la presente elijo, en la medida en que los Fideicomisarios de los Fondos Externos cooperantes anteriores y los Fideicomisarios de mi(s) Fondo(s) Domiciliarios hayan acordado, a través de la ejecución del Acuerdo Recíproco Internacional, que las contribuciones pagadas en mi nombre a los Fondos Externos cooperantes se envíen a mi Fondo de Domiciliario/Origen al recibir mi formulario de "Autorización para la Transferencia de Contribuciones". Entiendo que esta solicitud de transferencia de contribuciones debe presentarse dentro de los 60 días posteriores al comienzo de mi empleo temporal dentro de la jurisdicción de los Fondos Externos cooperantes. **Esta autorización y renuncia continuarán hasta que sean revocadas por mí, por escrito, entregadas al (los) Fondo (s) Home y al Fondo (s) Externo(s).**

Por la presente, libero (en mi nombre y en nombre de cualquier persona que reclame a través de mí) y además descargo a los Fondos Externos cooperantes y a sus Fideicomisarios de y de todas las reclamaciones, demandas, acciones, causas de acciones y demandas con respecto a cualquier contribución así transferida y por cualquier beneficio o crédito que se hubiera acumulado o se hubiera hecho pagadero a mí o a mis beneficiarios si no hubiera autorizado esta transferencia de contribuciones. Entiendo que la transferencia de contribuciones puede afectar negativamente mi elegibilidad.

Firma de Participante: _____ **Fecha de firma:** _____

Esta Solicitud de Transferencia/Autorización por parte del Participante es reconocida y presentada por el Fondo Domiciliario al Fondo Externo/Visitante.		
Firma del Representante del Fondo Domiciliario _____		
Oficina Administrativa/del	Dirección	Número de