

**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):		Numero de 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 Home (Domiciliario/Origen)**

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

Por favor, especifique solo los nombres de los <b>Fondos "HOME" (Domiciliario/Origen)</b> a los que desea que se transfieran sus contribuciones:	
Fondo Home de Salud y Bienestar:	
Fondo Home de Pension:	
Fondo Home de Anualidad:	

**C. Fondo de Cooperación Exterior/Visitante**

Para el período que comienza \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, (Mes/Día/Año), he trabajado o trabajaré en un área cubierta por los siguientes Fondos, conocidos como "OUTSIDE/AWAY" denominados Fondos Externos/Visitantes cooperantes:

Por favor, especifique solo los nombres de los <b>Fondos "OUTSIDE/AWAY" (Externos/Visitantes) cooperantes:</b>	
Fondo de Salud y Bienestar:	<b>Mid-America Carpenters Regional Health Fund – St. Louis-Kansas City Region 1419 Hampton Ave, St. Louis, MO 63139</b>
Fondo de Pension:	<b>Carpenters' Pension Fund of Kansas City PO Box 909500, Kansas City, MO 64190</b>
Fondo de Anualidad:	<b>St. Louis-Kansas City Carpenters Regional Annuity Fund 1419 Hampton Ave, St. Louis, MO 63139</b>
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 de Origen" 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 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/Visitantes cooperantes. **Esta autorización y renuncia continuarán hasta que sean revocadas por mí, por escrito, entregadas al (los) Fondo (s) Home/Domiciliario 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 HOME al Fondo Externo/Visitante.		
<b>Firma del Representante del Fondo Home</b> _____		
Oficina	Dirección	Número de