

Labor Alliance Savings Trust Fund

LABOR ALLIANCE SAVINGS TRUST FUND SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN – INSTRUCCIONES

Por favor lea atentamente la siguiente información antes de completar la Solicitud de inscripción en el Fideicomiso de Ahorros de Labor Alliance ("Plan de Ahorro").

Elegibilidad:

Para inscribirse en el Plan de Ahorro, debe proporcionar al Fondo Fiduciario un comprobante de seguro médico alternativo válido* (es decir, cobertura a través de un cónyuge, empleo secundario, programa de Veterans Affairs o de parte de los Padres).

***Nota: Covered California (Programa Estatal), Medi-Cal y Medicare NO se consideran formas válidas de seguro médico alternativo.**

Documentos requeridos:

Los siguientes documentos deben ser entregados a la Oficina Administrativa del Plan:

1. La Solicitud de Inscripción rellena *(debe estar firmada)*
2. Consentimiento conyugal notariado *(si corresponde)*
3. Comprobante de seguro médico alternativo válido *(debe mostrar el nombre del participante del plan)*

Por ejemplo: Una copia de la tarjeta de identificación del seguro médico alternativo, o el Formulario 1095-B más reciente, o una carta de confirmación de la compañía de seguro médico alternativo.

***Nota: Se requiere verificación anual.**

Designación del beneficiario y consentimiento conyugal:

La Solicitud de Inscripción incluye una Designación de Beneficiario (consulte la "Sección D") en la que puede designar a la persona que recibirá los fondos en su cuenta de ahorros en caso de su muerte. Tenga en cuenta que si está casado al momento de fallecer y tiene como beneficiario a una persona que no sea su cónyuge sobreviviente o además de su cónyuge en virtud del Plan, su cónyuge debe firmar (o haber firmado) un "Consentimiento conyugal" (consulte la "Sección E") y debe ser (o haber sido) presenciado por un notario público.

Si tiene alguna pregunta relacionada con lo mencionado anteriormente, llame a la Oficina Administrativa del Plan al (800) 924-1226. El horario de oficina es de 9:00 a.m. a 4:30 p.m. De lunes a viernes.

Labor Alliance Savings Trust Fund

P.O. BOX 757, PLEASANTON, CA 94566

(800) 924-1226

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

SECCIÓN A: INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Número de Seguro Social — —	Apellido del empleado	Nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento
Domicilio/Calle	Ciudad	Estado	Código Postal	
Número de teléfono de la casa	Número de teléfono celular	Dirección de correo electrónico		
Empleador		Local de la Unión		

SECCIÓN B: COBERTURA MÉDICA ALTERNATIVA

Nombre de la compañía de seguros				
Dirección/Calle	Ciudad	Estado	Código Postal	
Número de teléfono	Número de plan o póliza	Tipo de cobertura		
Marque la casilla correspondiente a la derecha que indica la otra fuente de cobertura de seguro:		Conyuge	Padres	Empleo Secundario
				V.A.

SECCIÓN C: ELECCIÓN

Bajo las disposiciones del Fondo Fiduciario Administrado por Labor Alliance, he elegido participar en el Fondo Fiduciario de Ahorro de la Labor Alliance Savings Trust. Entiendo que esta elección solo se puede cambiar durante la inscripción abierta o si hay un evento que califique. Certifico que actualmente tengo cobertura médica alternativa como se indica en la "Sección B" de este formulario.	
Firma del participante del plan	Fecha
Yo, el cónyuge del participante del plan, doy mi consentimiento para la elección anterior. Entiendo que ni yo ni nuestros hijos dependientes tendrá derecho a beneficios médicos y que esta elección no puede ser cambiada hasta el período de inscripción abierta, o en el caso de un evento calificado, según lo definido por la Junta de Fideicomisarios.	
Firma del cónyuge	Fecha

SECCIÓN D: DESIGNACIÓN DEL BENEFICIARIO

Sujeto a las disposiciones del Plan, solicito que los fondos mantenidos en mi cuenta de ahorros sean pagados por razón de mi fallecimiento al siguiente beneficiario:

Nombre del beneficiario			
Relación		Numero de Seguro Social	
Dirección de correo electrónico		Teléfono	
Domicilio/Calle	Ciudad	Estado	Codigo Postal

Por la presente certifico que la información anterior es correcta y entiendo que cualquier declaración errónea de los hechos o cualquier cambio posterior en mi estado civil puede causar que esta designación de beneficiario sea invalida. Entiendo que puedo cambiar mi designación de beneficiario en cualquier momento comunicándome con la Oficina Administrativa del Plan.

Firma del participante del plan	Fecha
---------------------------------	-------

SECCIÓN E: CONSENTIMIENTO CONYUGAL

Divulgación especial: Si usted está casado en el momento de su fallecimiento y tiene a otra persona que no sea su cónyuge sobreviviente como su beneficiario bajo el Plan, su cónyuge debe firmar (o haber firmado) un consentimiento conyugal y debe ser (o haber sido) atestiguado por un Notario Público (vea sección de abajo). Si su cónyuge sobreviviente no ha dado su consentimiento, o no lo hace, para el pago de sus beneficios por fallecimiento a otro beneficiario, según la ley, a su cónyuge se le pagarán automáticamente sus beneficios por fallecimiento.

Yo _____ siendo el cónyuge del Participante del Plan cuya firma aparece arriba, por la presente da su consentimiento a la designación hecha por mi cónyuge para que la "Cuenta Individual" de ahorros del Plan, que se pagaran por motivo del fallecimiento de mi cónyuge, se pague al beneficiario nombrado especificado en la sección Designación de Beneficiario. Por la presente reconozco y entiendo (1) que el efecto de dicha designación es hacer que la cuenta de mi cónyuge se pague a un beneficiario que no sea yo; (2) que la designación de beneficiario no es válida a menos que yo dé mi consentimiento; y (3) que mi consentimiento es irrevocable a menos que mi cónyuge revoque la designación de beneficiario.

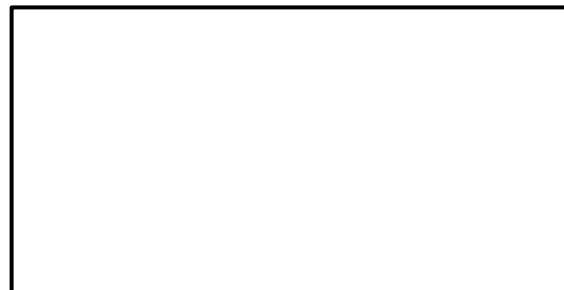
Fecha _____ Nombre _____

Firma _____

Estado de _____

Condado de _____

Firmado ante mí, este _____ Día de _____, 20_____



El sello del Notario arriba