

FORMULARIO DE SOLICITUD DE TRANSFERENCIA DE RECIPROCIDAD Y CONSENTIMIENTO

Yo, _____, soy miembro del sindicato local n.º _____ que participa en el:
(nombre impreso)

Nombre del Fondo: _____

Dirección del Fondo: _____

(en adelante denomino mi "Fondo Local".) Entiendo que existe en efecto un Acuerdo de Reciprocidad entre mi Fondo Local y el **Fondo de Salud de los Trabajadores de Wisconsin** que cubre las contribuciones hechas al Fondo de Salud de los Trabajadores de Wisconsin por el trabajo realizado por mí mientras trabajaba dentro del área geográfica cubierta por este.

Por la presente, autoriza y solicito la transferencia de todas las contribuciones patronales realizadas en mi nombre del Fondo de Salud de los Trabajadores de Wisconsin a mi Fondo Local, de conformidad con los términos del acuerdo de reciprocidad. Esta autorización y solicitud se aplicará a las contribuciones realizadas en mi nombre al Fondo de Salud de los Trabajadores de Wisconsin a partir del día ____ de _____ del 20____ y a las contribuciones realizadas en mi nombre al Fondo de Salud de los Trabajadores de Wisconsin por cualquier otro empleador para el que trabaje mientras esta autorización y solicitud estén vigentes.

Por la presente, libero a todos los fiduciarios y demás personas involucradas o relacionadas con dicha transferencia de toda responsabilidad en la que pudieran incurrir debido a cualquier pérdida o daño que se derive para mí o para mis sucesores, herederos o cesionario a raíz de dicha transferencia. Entiendo específicamente que la transferencia de las contribuciones aquí autorizadas no será ventajosa para mí.

Esta autorización y solicitud permanecerán en pleno vigor y efecto a menos que notifique por escrito a los Fideicomisarios de Fondo de Salud de los Trabajadores de Wisconsin mi deseo de revocarla, en cuyo caso esta autorización y solicitud finalizarán el último día del mes en que el Fondo de Salud de los Trabajadores de Wisconsin reciba dicha notificación.

Nombre

N.º de Seguro Social

Dirección

Ciudad Estado Código Postal

Fecha de Nacimiento

N.º del Sindicato Local

N.º de Teléfono

Firma del Empleado

Fecha