

Change of Personal Identification Information Form/ **Formulario de cambio de información de identificación personal**

Service Employees 32BJ North Benefit Funds



Questions? Call Fund Office at (914) 637-7000/ ¿Tiene alguna pregunta? Comuníquese con la Oficina del Fondo llamando al (914) 637-7000.

Instructions: Please fill out sections completely. Please print in black or blue ink. Do not tape or staple./ Instrucciones: escriba en tinta azul o negra. No pegue cinta adhesiva ni engrape este formulario.

Section 1/ **Sección 1** Participant Information/ **Información del participante**

IMPORTANT: Participant information is required to process this form./ **IMPORTANTE:** Se requiere la información del participante para procesar este formulario.

First Name/ **Nombre** Middle Name/ **Segundo nombre** Last Name/ **Apellido** Social Security Number/ **Número de seguro social**

Section 2/ **Sección 2** Name Change/ **Cambio de nombre**

Select/ **Seleccione:** Member/ **Afiliado** Spouse/ **Cónyuge** Child/ **Hijo**

Old Name/ **Nombre anterior**

First Name/ **Nombre** Middle Name/ **Segundo nombre** Last Name/ **Apellido**

Social Security Number/ **Número de seguro social**
(if other than participant/ *si no es el participante*)

New Name/ **Nombre nuevo**

First Name/ **Nombre** Middle Name/ **Segundo nombre** Last Name/ **Apellido**

Section 3/ **Sección 3** Social Security Number Chage/ **Cambio de número de seguro social**

Select/ **Seleccione:** Member/ **Afiliado** Spouse/ **Cónyuge** Child/ **Hijo**

First Name/ **Nombre** Middle Name/ **Segundo nombre** Last Name/ **Apellido**

Old Social Security Number/ **Número de seguro social anterior**

New Social Security Number/ **Número de seguro social actual**

Section 5/ **Sección 5** Birth Date Change*/ **Cambio de fecha de nacimiento***

Select/ **Seleccione:** Member/ **Afiliado** Spouse/ **Cónyuge** Child/ **Hijo**

*Proof of Date of Birth Required/ **Se requiere constancia de fecha de nacimiento**

First Name/ **Nombre** Middle Name/ **Segundo nombre** Last Name/ **Apellido**

Social Security Number/ **Número de seguro social**
(if other than participant/ *si no es el participante*)

Old Date of Birth/ **Fecha de nacimiento anterior:**

New Date of Birth/ **Fecha de nacimiento actual:**

_____/_____/_____
(Month/mes) (Day/día) (Year/año)

_____/_____/_____
(Month/mes) (Day/día) (Year/año)

Section 6/ **Sección 6** Gender Change/ **Cambio de sexo**

Select/ **Seleccione:** Member/ **Afiliado** Spouse/ **Cónyuge** Child/ **Hijo**

First Name/ **Nombre** Middle Name/ **Segundo nombre** Last Name/ **Apellido**

Social Security Number/ **Número de seguro social**
(if other than participant/ *si no es el participante*)

Old Gender/ **Sexo anterior:**

Male/ **Hombre** Female/ **Mujer**

New Gender/ **Sexo actual:**

Male/ **Hombre** Female/ **Mujer**

I have read this form and I agree to provide documents to verify this information if requested by the Service Employees 32BJ North Benefit Funds. I agree to immediately notify the Funds of any changes regarding the information I have provided. I understand that if I fail to notify the Funds about such a change, it may result in the delay or denial of a benefit administered by the Funds. I affirm that all of the information I have provided is true./ He leído este formulario y acepto presentar documentos para corroborar esta información si así lo solicita el Service Employees 32BJ North Benefit Funds. Acepto notificar de inmediato al Fondo sobre cualquier cambio que afecte la información provista. Entiendo que si no notifico al Fondo sobre dichos cambios, éste podrá demorar o denegar la asignación de beneficios. Manifiesto que toda la información provista es verdadera.

Participant Signature/ Firma del participante

Current Date (Month/Day/Year)/ Fecha actual (mes/día/año)

Please Mail or Fax to/ Envíe el formulario por correo postal o por fax a:

Department of Eligibility • Service Employees 32BJ North Benefit Funds
140 Huguenot Street • New Rochelle, New York 10801- 5210 or Fax to (914) 637-2138

Same sex domestic partner: Eligibility subject to Fund Policy. Contact Fund Office for application at 914-637-7000./
Pareja del mismo sexo: la elegibilidad está sujeta a la política del Fondo. Comuníquese con la Oficina del Fondo para obtener una solicitud llamando al 914-637-7000.

11-2008