



Supplemental & Benefits Trusts

SOLICITUD DE BENEFICIO DE TIEMPO LIBRE REMUNERADO

Apellido: _____ Nombre: _____
Dirección completa: _____
NSS: _____ Fecha de Nacimiento: _____
N° de Proveedor: _____ Número de Teléfono: _____

HORAS SOLICITADAS: _____ (mínimo 4 horas)

Entiendo que al completar y firmar este formulario solicito un beneficio de ingreso sujeto a impuestos. También entiendo que no recibiré el pago de los beneficios de Tiempo Libre Remunerado (PTO) a menos que haya enviado un Formulario W-9 completo en la Oficina Administrativa del Fideicomiso. Comprendo que cualquier beneficio de PTO que haya acumulado en un año calendario pero que no haya solicitado recibir, será pagado en efectivo el 15 de febrero del siguiente año, siempre que haya presentado un Formulario W-9 completo en la Oficina Administrativa del Fideicomiso antes del 31 de enero. Este beneficio de PTO tiene el propósito de ser utilizado con relación a las licencias en su empleo como trabajador de atención domiciliaria.

Firma: _____ Fecha: _____

Envíe por correo o Fax este formulario y los documentos complementarios a:

Dirección Postal: Oregon Homecare Workers Trust, PO Box 6, Mukilteo, WA 98275
Fax: Oregon Homecare Workers Trust, 1-866-459-4623
Correo Electrónico: OHCWTPTO@bsitpa.com Asunto: OHCWT PTO
Teléfono: 844.507.7554 Opción 3, luego seleccione la Opción 2

20324354v1

The benefits of the Homecare Workers Supplemental and Benefits Trusts were negotiated by SEIU Local 503 homecare and personal support workers through their bargaining team.

P.O. BOX 6, MUKILTEO, WASHINGTON 98275

Trust Administration: 844-507-7554 fax: 866-459-4623 email: OHCWT@bsitpa.com

