



## Supplemental & Benefits Trusts

### 带薪休假福利 — 指定受益人

请填写此受益人指定表，适用 Oregon Homecare Workers Supplemental Trust 或 Oregon Homecare Workers Benefit Trust (统称“Trust”) 下您的带薪休假福利。您可以指定一位主要受益人以及一位第二受益人（后者将在您的主要受益人先于您去世时收到任何相关可用福利）。请提供您指定的受益人的全名以及其地址和与您之间的关系。

#### 第1部分 主要受益人

通过在下面签名，本人特指定下面所署的个人作为我的主要受益人，旨在代表我在我去世后收取Trust 下任何应付带薪休假福利。此外，本人在此撤销之前指定的任何主要受益人。我理解，此受益人指定要求将仅在 Trust 收到此受益人指定表时生效。

_____		_____
姓名		关系
_____		
街道地址		
_____		
城市	州	邮编

#### 第2部分 第二受益人

通过在下面签名，本人特指定下面所署的个人作为我的第二受益人，旨在代表我在我去世后收取Trust 下任何应付带薪休假福利，但以上述主要受益人也去世为条件。此外，本人在此撤销之前指定的任何第二受益人。我理解，此受益人指定要求将仅在 Trust 收到此受益人指定表时生效。

_____		_____
姓名		关系
_____		
街道地址		
_____		
城市	州	邮编

我理解，如果上述指定受益人均先于我去世，Trust 将在我去世后将任何剩余带薪休假福利支付于我的财产执行人。

日期:

申请人签名

\_\_\_\_\_

正楷填写您的姓名

20360128v1

