



Providing Benefits to Oregon Homecare
and Personal Support Workers

Benefits Trust

弃权书

名字: _____ 姓氏: _____

电话: _____ 地址: _____

电子邮箱: _____ 社会安全号码: _____

本人确认, 本人已通过俄勒冈居家护理工作者福利信托获得了牙科、眼科和员工援助计划 (EAP) 承保。

本人在下方的签名表示本人拒绝该等承保, 原因如下:

- 本人通过本人的配偶、伴侣或父母的雇主获得承保
- 本人通过另一名雇主获得承保
- 其它 (请在下方说明原因):

通过在下方签名, 即表示本人理解: 本人自愿放弃获得本人有资格通过俄勒冈居家护理工作者福利信托获得的其他承保的权利。

X _____ 日期: _____

WAV001E

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

