



Providing Benefits to Oregon Homecare  
and Personal Support Workers

Benefits Trust

### FORMULARIO DE RENUNCIA

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Número del Seguro Social: \_\_\_\_\_

Confirmando que se me ha ofrecido la cobertura Odontológica, Oftalmológica y del Programa de Asistencia al Empleado (EAP) a través del Fideicomiso de Beneficios para Trabajadores de Atención Domiciliaria de Oregón.

Con mi firma a continuación, rechazo esa cobertura debido a que:

- Tengo cobertura a través de mi cónyuge, pareja de hecho o del empleador de mis padres
- Tengo cobertura a través de otro empleador
- Otro (indique el motivo):  
\_\_\_\_\_

Con mi firma a continuación, comprendo que renuncio voluntariamente a mi derecho a la cobertura para la cual soy elegible a través del Fideicomiso de Beneficios para Trabajadores de Atención Domiciliaria de Oregón.

**X** \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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

