

BENEFICIO DE TIEMPO LIBRE REMUNERADO -- DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Complete el Formulario de Designación de Beneficiarios aplicable para sus beneficios de Tiempo Libre Remunerado del Fideicomiso de Beneficios para Trabajadores de Atención Domiciliaria de Oregon ("Fideicomiso"). Puede designar a un beneficiario principal, además de un beneficiario contingente, quien recibirá cualquier beneficio disponible en caso de que el beneficiario principal fallezca antes que usted. Proporcione el nombre completo de los beneficiarios designados, así como su dirección y su relación con usted.

Sección 1. Beneficiario Principal

Al firmar abajo, designo a través del presente documento a la siguiente persona como mi Beneficiario Principal con el fin de que reciba cualquier beneficio de Tiempo Libre Remunerado pagadero a mi persona por el Fideicomiso en caso de mi fallecimiento. Además, revoco por este medio cualquier designación de Beneficiario Principal anterior. Entiendo que esta designación de beneficiarios entrará en vigencia una vez que haya sido recibida por el Fideicomiso.

Nombre completo

Relación

Dirección física

Ciudad

Estado

Código postal

Número de Teléfono

Correo Electrónico

Sección 2. Beneficiario Contingente

Al firmar abajo, designo a través del presente documento a la siguiente persona como mi Beneficiario Contingente para fines de recibir cualquier beneficio de Tiempo Libre Remunerado pagadero a mi persona por el Fideicomiso en caso de mi fallecimiento, siempre que el Beneficiario Principal mencionado anteriormente también haya fallecido. Además, revoco por este medio cualquier designación de Beneficiario Contingente anterior. Entiendo que esta designación de beneficiarios entrará en vigencia una vez que haya sido recibida por el Fideicomiso.

Nombre completo

Relación

Dirección física

Ciudad

Estado

Código postal

Número de Teléfono

Correo Electrónico

Entiendo que si ninguno de los beneficiarios designados me sobrevive, el Fideicomiso pagará cualquier beneficio de Tiempo Libre Remunerado restante después de mi fallecimiento al albacea de mi patrimonio.

Firma del Solicitante

Fecha

Nombre en letra de imprenta

9PT0014S

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

P.O. BOX 6, MUKILTEO, WASHINGTON 98275

website: orhomecaretrust.org

Trust Administration: 844-507-7554

fax: 866-459-4623

email: OHCWT@vimly.com

