

**Fraternidad Unida de Carpinteros y Ensambladores de América**  
**FORMULARIO DE RECIPROCIDAD**  
**AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA DE CONTRIBUCIONES**

Favor de rellenar completamente este formulario (partes A – D)

(rev 11-01-2023)

**A. Información del participante**

Nombre del participante (nombre, segundo nombre, apellido):		Núm. de seguro social del participante:	
Dirección residencial:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Fecha de nacimiento:	Teléfono:	Dirección electrónica:	Número de sindicato local:

**B. Información del fondo local**

He trabajado o trabajaré en un área cubierta por un fondo de cooperación externo/ajeno. Solicito que las contribuciones que se hagan en mi nombre al fondo externo/ajeno se transfieran a mi(s) fondo(s) local(es). Soy participante del(los) fondo(s) local(es) que se enumera(n) abajo:

Enumere solo el(los) nombre(s) del(los) <b>fondo(s) LOCAL(ES)</b> al(los) que quiere que se transfieran sus contribuciones:	
Fondo local de salud y bienestar:	
Fondo local de pensión:	
Fondo local de anualidad:	

**C. Fondo de cooperación externo/ajeno**

En un periodo que comienza el \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, (mes/día/año), trabajé o trabajaré en un área cubierta por el(los) siguiente(s) fondo(s) – el(los) que se refiere(n) como “Fondo(s) de cooperación externo(s)/ajeno(s)”:

Enumere solo el(los) nombre(s) del(los) <b>fondo(s) EXTERNO(S)/AJENO(S)</b> :	
Fondo externo/ajeno de salud y bienestar:	
Fondo externo/ajeno de pensión:	
Fondo externo/ajeno de anualidad:	
Sindicato local externo/ajeno:	

Nota: Las contribuciones se transferirán de acuerdo con esta autorización, siempre y cuando los fondos externos/ajenos no hayan incurrido en gastos. **Entiendo que en el evento de que un fondo externo haya pagado reclamaciones, tarifas incurridas y/o haya experimentado pérdidas en las inversiones en mi cuenta individual, la cantidad de las contribuciones transferidas podría ser menor que la tasa contractual cobrada por el fondo externo/ajeno.** Más aún, como las tasas de contribución varían entre fondos, la transferencia de contribuciones recibida de un fondo externo/ajeno al área de su fondo local podría dar como resultado un ajuste de las horas acreditadas.

**D. Autorización/Firma**

Yo, por medio de la presente, en la medida en que los fideicomisarios del(los) fondo(s) de cooperación externo(s)/ajeno(s) arriba enumerado(s) y los fideicomisarios de mi(s) fondo(s) local(es) hayan acordado, mediante la firma del Acuerdo Recíproco Internacional, elijo que las contribuciones pagadas en mi nombre al(los) fondo(s) de cooperación externo(s)/ajeno(s) se envíe(n) a mi(s) fondo(s) local(es) al recibo de mi formulario de reciprocidad en virtud de los acuerdos recíprocos maestros. Entiendo que esta solicitud de transferencia de contribuciones se debe presentar dentro de un año a partir del inicio de mi empleo temporal dentro de la jurisdicción de(los) fondo(s) de cooperación externo(s)/ajeno(s). **Esta autorización y exoneración continuará hasta que yo la revoque por escrito, y la revocación se entregue al(los) fondo(s) local(es) y al(los) fondo(s) de cooperación externo(s).**

Por medio de la presente exoneró (en mi nombre y en nombre de cualquier persona que presente reclamaciones por mi mediación) y además libero de responsabilidad al(los) fondo(s) externo(s)/ajeno(s) y a sus fideicomisarios de toda reclamación, demanda, acción, derecho de acción y acción judicial referentes a cualquier contribución así transferida y a cualquier beneficio o crédito que hubiera acumulado o vuelto pagadero a mí o a mis beneficiarios si yo no hubiera autorizado esta transferencia de contribuciones. Entiendo que la transferencia de contribuciones podría afectar negativamente mi elegibilidad.

Firma del participante: \_\_\_\_\_ Fecha de la firma \_\_\_\_\_

Por medio de la presente el fondo local acusó recibo de esta solicitud de transferencia/autorización del participante y la envió al fondo externo/ajeno.	
<b>Aprobado por:</b> _____	
FONDO LOCAL:	<input type="checkbox"/>
FONDO	<input type="checkbox"/>
EXTERNO/AJENO:	