

Fraternidad Unida de Carpinteros y Ensambladores de América

FORMULARIO DE TERMINACIÓN DE LA RECIPROCIDAD
Para la cancelación de las transferencias recíprocas

Favor de rellenar este formulario en su totalidad. Toda información faltante causará demoras en su procesamiento.

PARTICIPANTE

(rev 11-01-2023)

Nombre:		Número de Seguro Social:	
Dirección residencial:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de teléfono:	Dirección electrónica:		

Yo autorizo al(los) Fondo(s) EXTERNO(S)/AJENO(S) enumerado(s) abajo a **CANCELAR** la transferencia de mis horas o contribuciones a mi(s) Fondo(s) LOCAL(ES), a partir del periodo que comienza el ____ / ____ / ____ (mes/día/año).

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

Enumere solo el(los) nombre(s) del(los) Fondo(s) LOCAL(ES) de cooperación	
Fondo local de salud y bienestar :	
Fondo local de pensión :	
Fondo local de anualidad :	
Sindicato local externo :	

DEVOLUCIÓN DE LOS FONDOS

(Esta sección solo se debe rellenar si está solicitando que los fondos se devuelvan a otro fondo.)

Algunas contribuciones que ya se transfirieron del(los) fondo(s) externo(s)/ajeno(s) a su(s) fondo(s) local(es) posiblemente se podría(n) devolver/reembolsar al(los) fondo(s) externo(s)/ajeno(s) (sujeto a revisión y aprobación). Si desea solicitar una devolución/reembolso, rellene lo siguiente:

Favor de devolver mis contribuciones a _____ (fondo) por el mes de trabajo que comienza _____.

Firma: _____

Fecha: _____