



## Notificación del pensionado que regresa a trabajar

Nombre \_\_\_\_\_

N.º ID de CFAO, n.º de ID de UBC o n.º de Seguro Social \_\_\_\_\_

Usted recibió este formulario porque indicó su intención de regresar a trabajar. Favor de proporcionar la información que se pide a continuación, marcar el recuadro apropiado y devolver este formulario a la Oficina del Fondo del Fideicomiso.

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Dirección del empleador: \_\_\_\_\_

N.º de teléfono del empleador: \_\_\_\_\_ Puesto de trabajo: \_\_\_\_\_

Favor de describir brevemente sus tareas laborales:

\_\_\_\_\_

- Soy un empleado jubilado que regresará al empleo activo dentro de la industria de obras y construcción para una entidad que es signataria de un Acuerdo de Negociación Colectiva, a partir de \_\_\_\_\_. Tengo la intención de trabajar 480 horas por año calendario o menos, y no quiero que se suspendan mis pagos de pensión. Entiendo que si trabajo más de 480 horas en un año calendario, podrían aplicar disposiciones de suspensión.

Entiendo que si regreso al empleo activo sin la suspensión de mis pagos de pensión de acuerdo con las reglas de empleo prohibido del Fondo de Fideicomiso para Pensiones de los Carpinteros del Norte de California, y trabajo suficientes horas consecutivas para crear la elegibilidad activa, no se establecerá elegibilidad. Sin embargo, si trabajo suficientes horas consecutivas que, si no fuera por esta regla, hubieran calificado para la cobertura de salud y bienestar activa, un 50% de las contribuciones de salud y bienestar enviadas en mi nombre, hasta 480 horas en un año calendario, se puede usar para compensar mis autopagos al Plan de Salud y Bienestar para Jubilados. Si no soy un participante del Plan de Salud y Bienestar para Jubilados, o si trabajo menos que las horas consecutivas suficientes para crear la elegibilidad activa, no se me acreditarán contribuciones al Plan de Salud y Bienestar.

- Soy un empleado jubilado que va a regresar al empleo activo dentro de la industria de obras y construcción para una entidad que ha firmado un Acuerdo de Negociación Colectiva a partir de \_\_\_\_\_ y solicito que mi beneficio de pensión se suspenda hasta que yo notifique al Fondo de Fideicomiso que ya no estoy trabajando. Entiendo de que si tengo menos de 65 años cuando me vuelva a jubilar y no tengo un tipo de pensión por incapacidad, mis beneficios de pensión se suspenderán por seis meses adicionales después de la fecha en la que me vuelva a jubilar.

Entiendo que si mi pensión se suspende y yo tenía derecho a los beneficios del Plan de Salud y Bienestar para Jubilados, esos beneficios también serán suspendidos. Sin embargo, podría establecer y mantener la elegibilidad de acuerdo con las reglas de elegibilidad del Plan de Salud y Bienestar para Carpinteros activo después de la suspensión de mis beneficios de pensión.

Certifico que la información antedicha es verídica y correcta a mi mejor entender.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_