

EFFECTIVE AS OF DECEMBER 1, 2019, ANY NEW RETIREE IS REQUIRED TO RECEIVE HIS OR HER MONTHLY PENSION BENEFITS BY DIRECT DEPOSIT. THUS, YOU ARE REQUESTED TO COMPLETE THE AUTHORIZATION FORM BELOW WITH YOUR BANK AND/OR OTHER FINANCIAL INSTITUTION INFORMATION.

DIRECT DEPOSIT AUTHORIZATION FORM

Name: _____ SSN: _____

Address: _____ Phone Number: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Name of Financial Institution: _____

Bank Routing Number: _____ Account Number: _____

*PLEASE VERIFY THAT YOUR FINANCIAL INSTITUTION ACCEPTS ACH DEPOSITS

Type of Account: Checking ☐ – Please attach a voided check Savings ☐ – Please attach a deposit slip

Note: Please verify that your routing number and account number are correct. Any requests received before the 10th of the month will be processed and effective the first of the following month in which it was received.

I hereby authorize the Western UNITE HERE and Employers Pension Fund Formerly Known as Sacramento Independent Hotel, Restaurant and Tavern Employees Pension Plan ("Pension Plan") to deposit all amounts due to me in my account at the Financial Institution listed above. This authorization shall remain in force until I revoke it in writing or until my death, whichever occurs first. I understand that written notice to the Pension Plan office of a change in the financial institution or account number must be made in such time and in such manner as to allow the Plan office a reasonable opportunity to act on it. If, due to lack of knowledge of my death, the Pension Plan distributes benefit checks after my death for deposit into my account, I authorize and direct the Financial Institution to immediately refund the Pension Plan any amounts paid after my death. I also authorize amounts transmitted in error to be refunded to the Pension Plan from my account.

Participant Signature

Date

Please return signed and completed form to the address below:

If you have any questions please contact the Trust Fund office at the numbers listed below.

Mailing Address: P.O. Box 1306 • San Ramon, CA 94583
7180 Koll Center Parkway, Suite 200 • Pleasanton, CA 94566
Telephone (925) 398-7044 • Toll Free (877) 893-1500 • Fax (925) 462-0108
www.SIHRTEbenefits.org



Western UNITE HERE and Employers Pension Fund

Formerly Known as Sacramento Independent Hotel, Restaurant and Tavern Employees' Pension Fund

A PARTIR DEL 1 DE DICIEMBRE DE 2019, SERÁ REQUISITO QUE CUALQUIER JUBILADO RECIENTE DEBA RECIBIR SU BENEFICIO DE SU PENSIÓN MENSUAL MEDIANTE DEPÓSITO DIRECTO. POR LO TANTO, ES REQUERIDO QUE COMPLETE ESTE FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN CON LOS DATOS DE SU BANCO Y/O CUALQUIER OTRA INSTITUCIÓN FINANCIERA.

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA DEPÓSITO DIRECTO

Nombre: _____ Núm. de Seguro Social: _____

Domicilio: _____ Núm. telefónico: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Nombre de la institución financiera: _____

Núm. de ruta bancaria: _____ Núm. de cuenta: _____
*COMPRUEBE QUE SU INSTITUCIÓN FINANCIERA ACEPTA DEPÓSITOS DE LA CÁMARA DE COMPENSACIÓN ("ACH").

Tipo de cuenta: ☐ Cuenta corriente – Adjunte un cheque anulado ☐ Ahorro – Adjunte un talón de depósito

Nota: Verifique que su número de ruta bancaria y el número de su cuenta estén correctos. Cualquier solicitud recibida antes del décimo (10) día del mes será procesada y entrará en vigor el día primero del mes siguiente al mes en el cual se recibió.

Por la presente doy mi autorización para que Western UNITE HERE and Employers Pension Fund anteriormente conocido como, Sacramento Independent Hotel, Restaurant and Tavern Employees Pension Plan ("el Plan de Jubilación") deposite todas las cantidades que se me deban a mi cuenta de la institución financiera indicada anteriormente. Esta autorización permanecerá vigente hasta que yo la suspenda por escrito o hasta mi fallecimiento, según lo que ocurra primero. Entiendo que el aviso por escrito al plan de jubilación sobre la cancelación de esta autorización debe hacerse en tal momento y en tal forma que le permita a la oficina del Plan actuar en un plazo razonable. Si, acaso el plan de jubilación envía cheques de beneficios posterior a mi fallecimiento a mi cuenta por falta de conocimiento de mi deceso, le doy mi autorización e instruyo a la institución financiera que reembolse al plan de jubilación las cantidades que haya pagado posteriormente a mi deceso. También doy mi autorización para que cualesquier cantidades transmitidas por equivocación sean reembolsadas al plan de jubilación de mi cuenta

Firma del participante

Fecha

Favor de enviar el formulario firmado y completo a la dirección siguiente:

Si tiene alguna pregunta por favor llame a la oficina del Fondo Fideicomiso a los números indicados enseguida.

Mailing Address: P.O. Box 1306 • San Ramon, CA 94583
7180 Koll Center Parkway, Suite 200 • Pleasanton, CA 94566
Telephone (925) 398-7044 • Toll Free (877) 893-1500 • Fax (925) 462-0108
www.SIHRTEbenefits.org