



Western States Insulators and Allied Workers' Pension Plan
Western States Insulators and Allied Workers' Individual Account Plan
Western States Insulators and Allied Workers' Health Plan

FORMULARIO PARA CAMBIO DE DOMICILIO

Para que podamos verificar el cambio de domicilio que ha solicitado en nuestros archivos, complete la siguiente información y envíe este formulario a la Oficina del Fondo Fiduciario. El cambio de dirección no se hará efectivo hasta que hayamos recibido el formulario en nuestra oficina y tengamos la autorización correspondiente, por escrito, junto con su firma.

Yo _____, autorizo a la Oficina del Fondo
(Por favor, escriba su nombre en letra de imprenta) Número del Seguro Social)

Fiduciario realizar el siguiente cambio con efecto a partir del _____.
(Fecha del cambio)

MI DOMICILIO NUEVO ES:

Correo electrónico

Número de teléfono

POR FAVOR, DEVUELVA CON UNA COPIA DE SU DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN CON FOTO

Mailing Address: P.O. Box 1427 • San Ramon, CA 94583
7180 Koll Center Parkway, Suite 200 • Pleasanton, CA 94566
Telephone (925) 398-7046 • Toll Free (800) 320-0184 • Fax (925) 462-0108
www.WSIAWbenefits.org



Western States Insulators and Allied Workers' Pension Plan
Western States Insulators and Allied Workers' Individual Account Plan
Western States Insulators and Allied Workers' Health Plan

Página 2

Formulario para cambio de domicilio

Firma del participante

Fecha

COMPLETAR POR NOTARIO PÚBLICO

Un notario público u otro funcionario que complete este certificado verifica únicamente la identidad de la persona que firmó el documento al que se adjunta este certificado, y no la veracidad, exactitud o validez de dicho documento.

Estado de _____ Condado de _____

En día _____, ante mí, _____
(inserte el nombre y el cargo de la oficina)

Compareció personalmente _____, quien me demostró, sobre la base de pruebas satisfactorias, ser la persona o personas cuyo nombre o nombres figuran en el presente instrumento y me reconoció que lo firmó en su calidad de tal, y mediante su(s) firma(s) en el instrumento, la(s) persona(s), o la entidad en nombre de la cual actuó(n) la(s) persona(s), firmó(n) el instrumento.

Certifico, bajo PENA DE PERJURIO según las leyes del estado de California, que el párrafo anterior es verdadero y correcto.

DOY FE con mi firma y mi sello oficial

Firma del notario público

Mi comisión expira el: _____