

# Landscape, Irrigation & Lawn Sprinkler Industry Trusts

Health & Welfare Trust | Defined Contribution Pension Trust

Administrado por

**Southern California Pipe Trades Administrative Corporation**  
501 Shatto Place, 5<sup>th</sup> Floor, Los Angeles, CA 90020  
(800) 595-7473 • (213) 385-6161 • Fax (213) 385-2767

## Formulario de inscripción y de beneficiarios

Escriba con letra clara y use tinta negra o azul solamente

NOTA: ASEGÚRESE DE COMPLETAR TODAS LAS SECCIONES QUE CORRESPONDAN

### Sección A. Información del afiliado

Nombre (Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido)	N.º de Seguro Social xxx-xx-xxxx (solo son necesarios los últimos cuatro dígitos)	N.º del Sindicato Local
Domicilio (calle, ciudad, código postal, estado)	Teléfono (xxx) xxx-xxxx	Fecha de nacimiento (mm-dd-aa)

**Sección B. Inscripción de sus dependientes:** enumere a todos sus dependientes que sean elegibles para el plan de salud\*

### Landscape, Irrigation & Lawn Sprinkler Industry Health & Welfare Plan

Dependiente	Nombre	Fecha de nacimiento	N.º de Seguro Social
<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja Domestica			
Domicilio (si es diferente a la del afiliado):			
Hijo/Hija - M <input type="checkbox"/> o F <input type="checkbox"/>			
Domicilio (si es diferente a la del afiliado):			
Hijo/Hija- M <input type="checkbox"/> o F <input type="checkbox"/>			
Domicilio (si es diferente a la del afiliado):			
Hijo/Hija - M <input type="checkbox"/> o F <input type="checkbox"/>			
Domicilio (si es diferente a la del afiliado):			

\*Cónyuge legal, pareja domestica e hijos elegibles. Complete cada casilla en su totalidad. Se requiere un certificado de matrimonio oficial, un certificado de pareja domestica registrado y un certificado de nacimiento (con sello original) para inscribir a la persona a cargo. NO se aceptan certificados del hospital.

## Sección C. Designación de beneficiarios

Si está casado y alguno de los siguientes BENEFICIARIOS PRIMARIOS designados para el fondo NO ES SU CÓNYUGE, la ley federal exige que la Sección E sea firmada por su cónyuge y sea notariada.

### **Landscape, Irrigation & Lawn Sprinkler Industry Defined Contribution Pension Plan**

#### Beneficiario(s) principal(es)

Por la presente, designo a la(s) siguiente(s) persona(s) como mi(s) beneficiario(s) para que reciba(n) los beneficios, si los hubiera, pagaderos tras mi fallecimiento.

Entiendo que, si nombro más de un beneficiario y no indico un porcentaje de asignación entre ellos, los beneficios se pagarán en partes iguales.

Nombre	Relación	N.º de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Domicilio	%

#### Beneficiario(s) contingente(s) y sucesor(es)

En caso de que no sobrevivan todos los Beneficiarios Principales mencionados anteriormente, por la presente designo a la(s) siguiente(s) persona(s) para que sea(n) mi(s) Beneficiario(s) contingente(s) y sucesor(es) para que reciba(n) cualquier beneficio que sea(n) pagable como resultado de mi fallecimiento o cualquier beneficio que continúe siendo pagable des pues del fallecimiento de (todos) los beneficiarios mencionados arriba.

Entiendo que, si nombro más de un beneficiario y no indico un porcentaje de asignación entre ellos, los beneficios se pagarán en partes iguales.

Nombre	Relación	N.º de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Domicilio	%

## Sección D. Firma del afiliado

Autorizo a los Fondos Fiduciarios a ejecutar mis instrucciones según lo establecido anteriormente.

X \_\_\_\_\_  
Firma del afiliado

\_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social  
*(solo son necesarios los últimos cuatro dígitos)*

\_\_\_\_\_  
Fecha

**EL PRESENTE FORMULARIO DEBE SER COMPLETADO EN SU TOTALIDAD Y ES INVÁLIDO SIN LA FIRMA Y LAS INICIALES DEL AFILIADO (y la firma del cónyuge, si se requiere, en la sección E)**

## **Sección E. Consentimiento del cónyuge**

**Este apartado debe completarse si está casado y alguno de los beneficiarios principales del fondo de pensiones de contribución definida es alguien que no es su cónyuge.**

Si no está casado, o si ha incluido a su cónyuge como único beneficiario principal del fondo de pensiones de contribución definida, no complete esta sección.

### 1. Firma del cónyuge

---

Acepto los términos de las designaciones de beneficiarios en la sección C. de este formulario.

X \_\_\_\_\_  
Firma del cónyuge del afiliado

\_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social  
*(solo son necesarios los últimos cuatro dígitos)*

\_\_\_\_\_  
Fecha

### 2. Notarización

---

Estado de \_\_\_\_\_

Condado de \_\_\_\_\_

} Seguro social.

el \_\_\_\_\_ ante mí, \_\_\_\_\_,  
Fecha Nombre y título del funcionario (por ejemplo, "Jane Doe, fedataria")

compareció \_\_\_\_\_,  
Nombre del firmante

quien me demostró mediante evidencia satisfactoria, ser la persona cuyo nombre está suscrito en el presente instrumento y reconoció que lo ejecutó en su carácter de persona autorizada, y que con su firma en el documento la persona, o la entidad en nombre de la cual la persona actuó, otorgó el documento.

Certifico bajo PENA DE DELITO DE PERJURIO, en virtud de las leyes del Estado de California, que el párrafo anterior es verdadero y correcto.

En testimonio de lo cual, estampo mi firma y sello oficial.

Coloque el sello del fedatario arriba

X \_\_\_\_\_  
Firma del fedatario