

Fondo fiduciario de beneficios de salud UNITE HERE de Santa Monica

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA DEDUCCIÓN DE NÓMINA

INSTRUCCIONES: Debe completar y enviar este formulario a la Oficina administrativa para autorizar a su empleador a deducir el aporte de su prima de empleado mensual de la nómina. Envíe el formulario completo a: **Fondo Fiduciario de Beneficios de Salud UNITE HERE de Santa Mónica, Atn.: Benefit Programs Administration, 1200 Wilshire Blvd., Fifth Floor, Los Angeles, CA 90017-1906.**

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE:

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento	Número de seguro social
Dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal	Número de teléfono particular/celular

Nombre del empleador del participante:

AUTORIZACIÓN DE CONTRIBUCIÓN DEL EMPLEADO Y DEDUCCIÓN DE NÓMINA:

Por la presente, autorizo a mi empleador a retener de mi cheque de pago el monto de la contribución mensual del empleado (as decir, la prima) requerida para la cobertura médica que he seleccionado y a pagar este monto directamente al Fondo Fiduciario de Beneficios de Salud UNITE HERE de Santa Monica (el "Fondo") de la siguiente manera:

Plan hotel:

\$20.00 por mes para Kaiser

Si estoy atrasado en hacer las contribuciones de los empleados o si le debo dinero al Fondo durante meses en los que no pagué las contribuciones de los empleados, autorizo a mi empleador a deducir dos veces la cantidad autorizada anteriormente, según lo indique el Fondo. Además, en el caso de que hubiera un cambio en el monto del aporte mensual de la prima del empleado requerida para mantener mi cobertura, esta autorización permanecerá en vigencia, y mi empleador está autorizado a deducir el monto necesario para mantener la cobertura que seleccioné. Entiendo que la Oficina administrativa me notificará por escrito con al menos 30 días de anticipación respecto de los cambios en el aporte mensual de la prima del empleado para mi cobertura.

- Entiendo que las deducciones de la nómina se realizarán antes del mes de cobertura.
- Entiendo que, si mi empleador no deduce el monto correspondiente de mi nómina, se me facturará la parte del aporte mensual de la prima del empleado que se adeude, y que debo efectuar el pago completo a la Oficina administrativa antes de la fecha de vencimiento indicada en la factura o perderé la cobertura.
- Entiendo que, para mantener mi cobertura, debo seguir cumpliendo con las normas de elegibilidad del Fondo, es decir, que debo trabajar las horas mínimas requeridas cada mes y pagar el aporte mensual de la prima de empleado. Puedo revocar esta autorización y rechazar la cobertura mediante notificación por escrito a la Oficina administrativa.

FIRMA DEL PARTICIPANTE: Firme y escriba la fecha de su autorización aquí.

Por la presente autorizo a mi empleador a deducir el aporte mensual mi prima de empleado como se describe anteriormente. Certifico que la información que antecede es, a mi entender, verdadera y correcta.

Firma

Fecha

