



# Carpenters Southwest Administrative Corporation

533 South Fremont Ave. • Los Angeles, California 90071-1706 • Tel: (213) 386-8590 • Toll Free (800) 293-1370 • Fax: (213) 739-9390

[www.carpenterssw.org](http://www.carpenterssw.org)

## Reciprocity Form / Forma de Reciprocidad Master Reciprocal Agreement Authorization for Transfer of Contributions

I am a participant in the Carpenters Funds (also referred to as "Home Funds") checked below but I have worked or will work in an area covered by another Fund. I request that the contributions made on my behalf to the other Fund be transferred to my Carpenters Fund(s) checked below. I understand that these transferred contributions will be transferred as hours only, and this may negatively affect my eligibility.

*Soy participante en el Fideicomiso de Carpinteros (también conocidos como "Fideicomiso Local"), pero he trabajado o trabajaré en una área cubierta por otro Fideicomiso. Solicito que las contribuciones hechas en mi nombre sean transferidas a mi Fideicomiso de Carpinteros. Entiendo que estas transferencias de contribuciones se transferirán como horas solamente, y esto puede afectar mi elegibilidad negativamente.*

I am participating in the Home Fund(s) checked below: (Place a check only for the Fund(s) checked below)

*Estoy participando en el Fideicomiso seleccionado a continuación: (Seleccione solamente el Fideicomiso que desea transferir)*

- Southwest Carpenters **Health and Welfare** Trust Fund – *Salud y Bienestar*  
533 South Fremont Avenue, Los Angeles, CA 90071-1706
- Southwest Carpenters **Pension** Trust Fund – *Pensión*  
533 South Fremont Avenue, Los Angeles, CA 90071-1706
- Southern Nevada Carpenters **Annuity** Trust Fund (Southern Nevada Participants Only)-*Anualidad (Participantes del sur de Nevada solamente)*  
533 South Fremont Avenue, Los Angeles, CA 90071-1706
- Millwrights Employer Association-**Millwright and Machine Erectors** Money Purchase Plan (**Millwright** Participants Only)  
533 South Fremont Avenue, Los Angeles, CA 90071-1706

For the period beginning \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ I (will be working) (have worked) in an area covered by the following Funds(s):

*Para el periodo que comienza \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Yo estare trabajando o trabajé en una área cubierta por el siguiente Fideicomiso:*

Outside Fund / Fideicomiso Externo: \_\_\_\_\_

Address / Dirección: \_\_\_\_\_

I hereby elect, to the extent that the Trustees of the above Cooperating Fund and the Trustees of my Home Fund have agreed, through the execution of the International Reciprocal Agreement, to have contributions paid on my behalf to the Cooperating Fund sent to my Home Fund upon the receipt of my "Transfer of Contributions" form. This authorization and waiver shall continue until revoked by me in writing, delivered to the Home Fund and to the Outside Fund.

I hereby release (on behalf of myself as well as on behalf of anyone claiming through me) and further discharge the Cooperating Fund(s) and its Trustees of and from all claims, demands, actions, causes of action, and suits with respect to any contributions so transferred and for any benefits or credits which would have accrued or become payable to me or my beneficiaries had I not authorized this transfer of contributions.

I understand that transferring contributions may negatively affect my eligibility.

*Yo elijo, con el acuerdo del Fideicomiso de Cooperación seleccionado en este documento y mi Fideicomiso Local, a través de la ejecución del Acuerdo Internacional Recíproco, que las contribuciones pagadas en mi nombre en otro Fideicomiso sean enviadas a mi Fideicomiso local al recibir mi formulario de "Transferencia de Contribuciones". Esta autorización y el derecho de renuncia continuarán hasta que sea revocada por mí consentimiento escrito y entregada al Fideicomiso Local y al Fideicomiso Externo.*

*Yo libero (en nombre de mí mismo, así como en nombre de cualquier persona que reclama a través de mí) el Fideicomiso Cooperativo y sus Fiduciarios todas las reclamaciones, demandas, acciones, causas de acción y demandas con respecto a las contribuciones transferidas y los beneficios o créditos que hubieran sido acumulados o pagados a favor de mí o de mis beneficiarios si yo no hubiera autorizado esta transferencia de contribuciones. Entiendo que transfiriendo mis contribuciones puede afectar negativamente mi elegibilidad.*

Name / Nombre: \_\_\_\_\_ SSN / Seguro Social: \_\_\_\_\_

Phone / Teléfono: \_\_\_\_\_ E-mail / Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Address / Dirección: \_\_\_\_\_

Participant Signature / Firma: \_\_\_\_\_ Date Signed / Fecha: \_\_\_\_\_

**This request for Transfer / Authorization by Participant is hereby acknowledged and submitted by the Home Fund to the Outside Fund.**

Signature of Home Fund Representative: (**Participants DO NOT Sign**): \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_