



**CARPENTERS
SOUTHWEST
ADMINISTRATIVE
CORPORATION**

533 South Fremont Avenue
Los Angeles, CA 90071-1706

Tel: 213-386-8590 • Toll Free: 800-293-1370
www.carpenterssw.org

**Reciprocity Form
Master Reciprocity Agreement Authorization for Transfer of Contributions**

I am a participant in the Carpenters Funds (also referred to as the "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 Funds 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.

A. Participant Information

Participant Name:		Date of Birth:	Participant SSN:	
Street Address:		City:	State:	Zip Code:
Phone Number:	Email Address:			Local Number:

B. Home Fund – I am participating in the Home Fund(s) checked below: (Only check the Fund(s) you wish to transfer)

<input type="checkbox"/>	Southwest Carpenters Health & Welfare Trust Fund 533 South Fremont Avenue, Los Angeles, CA 90071-1706
<input type="checkbox"/>	Southwest Carpenters Pension Trust Fund 533 South Fremont Avenue, Los Angeles, CA 90071-1706
<input type="checkbox"/>	Southwest Carpenters Annuity Fund 533 South Fremont Avenue, Los Angeles, CA 90071-1706
<input type="checkbox"/>	Millwrights Employer Association – Millwright and Machine Erectors Money Purchase Plan (Millwright Participants Only) 533 South Fremont Avenue, Los Angeles, CA 90071-1706

C. Cooperating Outside Fund

For the period beginning _____ / _____ / _____, I will be working/have worked in an area covered by the following Fund(s):

Please list the names and addresses of the cooperating OUTSIDE FUND(S):	
Outside Fund	
Outside Fund Address	
Outside Local Union #	

D. Authorization / Signature

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 or 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.

Participant Signature: _____ Date: _____

THIS SECTION IS TO BE COMPLETED BY THE TRUST FUND ONLY	
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:	Date:

Send forms via Fax: 213-739-9390 or via Email: reciprocity@carpenterssw.org

Instrucciones en español al reverso

Instrucciones para completar y enviar formularios de reciprocidad

Si usted ha trabajado fuera de la jurisdicción del Fideicomiso de Carpinteros del Sudoeste (Fideicomiso de Hogar) y quiere transferir contribuciones hechos a un Fideicomiso de Carpinteros en otra (Fideicomiso Externo) jurisdicción a su Fideicomiso de Hogar necesita completar el Formulario de Reciprocidad y enviar el formulario a la Oficina Administrativa para ser procesado. El formulario debe completarse dentro de 60 días de cuando comenzó a trabajar en otra jurisdicción.

El formulario debe completarse con toda la información pertinente para que sea procesado. Formularios incompletos o incorrectos pueden resultar en que el formulario se le regrese y un retraso en la transferencia de contribuciones, que puede causar que pierda su elegibilidad de beneficios.

La transferencia de contribuciones puede tomar 60 – 90 días, y por eso es importante que entregue sus formularios lo más pronto posible.

Por favor tenga en cuenta que el Fideicomiso Externo puede exigir que complete formularios adicionales dependientes de sus reglas. No ignore el correo del Fideicomiso Externo como puede retrasar su transferencia de contribuciones.

El formulario de reciprocidad solamente está disponible en inglés, las secciones del formulario están detalladas en español a continuación:

A. Información del Participante

- Nombre del participante (Participant Name)
- Fecha de nacimiento (Date of Birth)
- Número de Seguro Social (Participant SSN)
- Domicilio, Ciudad, Estado, y Código Postal (Street address, City, State, Zip Code)
- Número de teléfono (Phone Number)
- Correo electrónico (Email Address)
- Numero de Local (Local Number)

B. Fideicomiso de Hogar – Estoy participando en el Fideicomiso seleccionado a continuación (seleccione solamente el Fideicomiso que desea transferir)

- Salud y Bienestar (Health & Welfare)
- Pensión (Pension)
- Anualidad (Annuity)
- Millwright (Millwright)

C. Fideicomiso Externo – Para el periodo que comienza ___/___/___ yo estaré trabajando en un área cubierta por el siguiente Fideicomiso

- Fideicomiso Externo (Outside Fund)
- Dirección del Fideicomiso externo (Outside Fund Address)
- Numero de Local Externo (Outside Local Union #)

D. Autorización / Firma

- 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 Reciproco, 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 continuaran hasta que sea revocada o mi consentimiento escrito y entregada al Fideicomiso Local y al Fideicomiso Externo.
- Yo libero (en nombre de mi mismo, así como en nombre de cualquier persona que reclama a través de mi) el Fideicomiso Cooperativo y el Consejo Directivo todas las reclamaciones, demandas, acciones, causas de acción y demandas con respecto a las contribuciones transferidas y los beneficios o créditos que hubieran sido acumuladas o pagados a favor de mi o de mis beneficiarios si yo no hubiera autorizado esta transferencia de contribuciones. Entiendo que transfiriendo mis contribuciones puede afectar negativamente mi elegibilidad.