



**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

**Se requiere su respuesta para
evitar la suspensión de su
beneficio de pensión.**

Verificación de pago de Pensión

Estimado pensionista o beneficiario:

El Plan del Fideicomiso de los Carpinteros del Sudoeste de Pensiones está llevando a cabo una Verificación de Pensiones por orden del Consejo Directivo. Esta Verificación de Pensiones es necesaria para asegurar que solo los Pensionistas o Beneficiarios elegibles reciban beneficios.

Todos los pensionados y beneficiarios que reciben un beneficio mensual de pensión deben completar y enviar el siguiente formulario con una firma presenciada por un notario o un representante autorizado del Local de Unión. Este formulario debe ser enviado dentro de 30 días para evitar un retraso o suspensión de su beneficio mensual de acuerdo con las reglas del Plan.

Por favor envíe por correo electrónico el formulario completado a Penlife@carpenterssw.org o por correo a:

Pension Life Verification
Southwest Carpenters Pension Plan
533 S. Fremont Avenue, 6th Floor
Los Angeles, CA 90071

Verificación de pago de Pensión

Actualmente estoy recibiendo un beneficio mensual de pensión del Fideicomiso de los Carpinteros del Sudoeste de Pensiones.
Sí [] No [] Si respondió que no, por favor explique:

Firma del participante _____

Fecha _____

de Miembro o # de UBC _____

State of _____
County of _____

A notary public or other officer completing this certificate verifies only the identity of the individual who signed the document to which this certificate is attached, and not the truthfulness, accuracy, or validity of that document.

On _____ before me, _____ (insert name and title of the officer), personally appeared _____, who proved to me on the basis of satisfactory evidence to be the person(s) whose name(s) is/are subscribed to the within instrument and acknowledged to me that he/she/they executed the same in his/her/their authorized capacity(ies), and that by his/her/their signature(s) on the instrument the person(s), or the entity upon behalf of which the person(s) acted, executed the instrument.

I certify under PENALTY OF PERJURY under the laws of the State of _____ that the foregoing paragraph is true and correct.

WITNESS my hand and official seal.

Signature _____ (Seal)

Firma del Representante de la Unión: _____ Fecha: _____

(Debe adjuntar una tarjeta del representante)