



Reciprocity Form

For use by Locals 326, CT and 330, RI

Authorization for the Transfer of Contributions

Please complete this form in its entirety (Parts A – D)

A. Member Information

Participant Name (First, MI, Last)			Participant SSN
Street Address		City, State	Zip
Date of Birth	Phone	Email	Local Number

B. Home Fund Information

My Home Fund is the Fund within the jurisdiction of my local Union. I want my contributions to go to my Home Fund(s). I am a participant in the Fund(s) listed below – referred to as "Home" Fund(s):

Please check only the names of the HOME Fund(s) to which you want your contributions transferred to:		
Health & Welfare Home Fund:	☐	North Atlantic States Carpenters Health Benefits Fund: 10 Broadway, Hamden, CT 06518
Pension Home Fund:	☐	North Atlantic States Carpenters Pension Fund: 10 Broadway, Hamden, CT 06518
Annuity Home Fund:	☐	North Atlantic States Carpenters Annuity Fund: 10 Broadway, Hamden, CT 06518

C. Cooperating Outside Fund

For the period beginning: _____ / _____ / _____ I (will be working) (have worked) in an area covered by the following Fund(s) - referred to as cooperating or "Outside" Fund(s):

Please list only the names of the cooperating OUTSIDE Fund(s) :	
Health & Welfare Home Fund:	
Pension Home Fund:	
Annuity Home Fund:	
Outside Local Union:	

Note: Since contribution rates vary from Fund to Fund, hours worked outside your "Home Fund" area may result in a reduction of credited hours.

D. Authorization/Signature

I hereby elect, to the extent that the Trustees of the above cooperating Outside Fund(s) and the Trustees of my Home Fund(s) have agreed, through the execution of the International Reciprocal Agreement, to have contributions paid on my behalf to the cooperating Outside Fund(s) sent to my Home Fund upon the receipt of my "Authorization for the Transfer of Contributions" form. I understand this request for transfer of contributions must be filed within 60-days following commencement of my temporary employment within the jurisdiction of the cooperating Outside Fund(s). **This authorization and waiver shall continue until revoked by me in writing, delivered to the Home Fund(s) and to the Outside Fund(s).**

I hereby release (on behalf of myself as well as on behalf of anyone claiming through me) and further discharge the cooperating Outside Fund(s) and its Trustees of and from all claims, demands, actions, causes of actions, 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 Signed: _____

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 Signed: _____

Administrative/Fund Office _____ Address _____ Phone Number _____



Formulario De Reciprocidad

Para Uso Por Locales 326, CT and 330, RI

Autorización Para La Transferencia De Contribuciones

Por favor complete este formulario en su totalidad (Partes A – D)

A. Miembro Información

Nombre del Participante (Primero , MI, Apellido)			Número de seguro social del participante		
Dirección		Ciudad, Estado		Código Postal	
Fecha de Nacimiento	Teléfono	Correo electrónico		Local de Unión	

B. Información de Fondo Local

Mi fondo "HOME" es el Fondo dentro de la jurisdicción de mi unión local. Quiero que mis contribuciones vayan a mi fondo(s) "HOME". Soy un partícipe en el (los) Fondo(s) enumerados a continuación - *Denominado Fondo(s) "HOME"*.

Por favor compruebe sólo los nombres de los Fondo(s) HOME a quien desea que se transfiera su		
Local de fondos de Salud y bienestar:		Fondo de beneficios de salud para carpinteros de los estados del Atlántico Norte: 10 Broadway, Hamden, CT 06518
Local de Fondo de Pension:		Fondo de Pensiones de Carpinteros de los Estados del Atlántico Norte: 10 Broadway, Hamden, CT 06518
Local de Fondo de A anualidad:		Fondo de anualidades para carpinteros de los estados del Atlántico Norte: 10 Broadway, Hamden, CT 06518

C. Fondo Externo Cooperante

Para el período que comienza: _____ / _____ / _____ yo (estará trabajando) (he trabajado) en un área cubierta por el siguiente Fondo(s) - Denominado cooperando o Fondo(s) "externos":

Por favor, indique solo los nombres de los Fondo(s) EXTERNO(S) cooperante(s):	
Salud y Bienestar Fondo Externo:	
Pension Fondo Externo:	
A anualidad Fondo Externo:	
Union Local Externa:	

Nota: Dado que las tasas de contribución varían de un fondo a otro , las horas trabajadas fuera de su " fondo local " pueden resultar en una reducción de horas acreditadas.

D. Autorización/Firma

La presente elijo, en la medida en que los Fideicomisarios de los Fondos Externos de Cooperación mencionados anteriormente y los Fideicomisarios de mis Fondos Locales Han acordado, a través de la ejecución del Acuerdo Internacional Recíproco, que se paguen contribuciones en mi nombre forma. Entiendo que a mi fondo local al recibir mi "Autorización para la transferencia de contribuciones" forma. Entiendo que este pedido para transferencia de contribuciones debe ser archivado dentro de 60 días siguientes al comienzo de mi empleo temporario dentro de la jurisdicción de los Fondos Externos de Cooperación. **Esta autorización y exención deberá continuar hasta que sea revocada por mí por escrito, entregado al (los) Fondo(s) local(es) y al (los) Fondo(s) externo(s).**

Por la presente libero (en nombre de mí mismo, así como en nombre de cualquier persona que reclame a través de mí) y, además, eximo a los Fondos Externos Cooperantes y a sus fideicomisarios de todos los reclamos demandas, acciones, causas de acciones y demandas con respecto a a cualquier contribución así transferida y a cualquier beneficio o crédito que se hubiera acumulado o hubiera sido pagadero a mí o a mi beneficiarios si no hubiera autorizado esta transferencia de contribuciones. Entiendo que la transferencia de contribuciones puede afectar negativamente mi elegibilidad.

Firma del participante : _____ **Fecha de firma:** _____

Esta es una solicitud para Transferencia/Autorización POR PARTICIPANTE AQUÍ RECONOCIDO y enviada por el fondo "HOME" al Fondo Externo.

Firma de Representante del Fondo Local: _____ **Fecha y Firma:** _____

Oficina administrativa/del fondo

Dirección

Número de Teléfono