



North Atlantic States CARPENTERS BENEFIT FUNDS

Albany, Adirondacks,
Hudson Valley, Westchester
52 Stone Castle Road
Rock Tavern, NY 12575
Phone: 877-372-3236
Fax: 845-897-2492
carpentersfund.org

Western Regions
181 Industrial Park Road
Horseheads, NY 14845
Phone: 866-727-0281
Fax: 607-739-1415
carpentersfund.org

Long Island
270 Motor Parkway
Hauppauge, NY 11788
Phone: 877-372-3236
Fax: 631-952-9813
carpentersfund.org

Benefit/Wage Shortage Report

Complete the following information for unpaid Wages and/or fringe benefits.

For Benefit Shortages, please include pay stubs. Pay stubs not required for Wage Shortages.

► Part 1

Member's Name: _____ Date Reported: _____
Address: _____
Telephone: _____ Social Security No.: _____
Email Address: _____ Local Union No.: _____

► Part 2

Service Representative: _____
Shop Steward: _____ Job Location: _____
Employer: _____
Employer Address: _____
Employer Telephone: _____

SHORTAGE OF HOURS

Payroll Weekending								
Hours Short								

SHORTAGE OF WAGES

Payroll Weekending								
Hours Short								

Member's Signature: _____ Date: _____

FOR OFFICE USE ONLY

► Part 3

Type of Benefit: ☐ Commercial: ☐ Residential ☐ Heavy Highway ☐ Other _____
Classification: ☐ Journeyman ☐ Apprentice: 1 2 3 4 (circle one)



North Atlantic States CARPENTERS BENEFIT FUNDS

Albany, Adirondacks,
Hudson Valley, Westchester
52 Stone Castle Road
Rock Tavern, NY 12575
Phone: 877-372-3236
Fax: 845-897-2492
carpentersfund.org

Western Regions
181 Industrial Park Road
Horseheads, NY 14845
Phone: 866-727-0281
Fax: 607-739-1415
carpentersfund.org

Long Island
270 Motor Parkway
Hauppauge, NY 11788
Phone: 877-372-3236
Fax: 631-952-9813
carpentersfund.org

Informe de Escasez de Beneficios/Salarios

Complete la siguiente informacion sobre los salarios que no fueron pagados y/o los beneficios.

En caso de escasez de beneficios, incluya talones de pago. No se requieren talones de pago para la escasez de salarios.

► Parte 1

Nombre del Miembro: _____ Fecha del informe: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Número de seguro social: _____

Correo Electrónico: _____ Número de sindicato local: _____

► Parte 2

Representante de Servicio: _____

Delegado(a) Sindical: _____ Ubicación del Trabajo: _____

Empleador: _____

Dirección del Empleador: _____

Teléfono del Empleador: _____

ESCASEZ DE HORAS

Fin De Semana De Nómina								
Horas Cortas								

ESCASEZ DE SALARIOS

Fin De Semana De Nómina								
Horas Cortas								

Firma del Miembro: _____

Fecha: _____

SOLO PARA USO EN OFICINA

► Parte 3

Tipo de prestación: ☐ Comercial ☐ Residencial ☐ Autopista Pesada ☐ Otro _____

Clasificación: ☐ Jornalero ☐ Aprendiz: 1 2 3 4 (Encierra en un círculo uno)