

UFCW Health and Welfare Fund of Northeastern Pennsylvania

CHANGE OF ADDRESS FORM

Date: _____

RE: Request for Change of Address

Dear Participant:

Participants of the UFCW Health and Welfare Fund of Northeastern Pennsylvania ("Fund") must make all changes of address in writing. The Fund Office will not change the address of a participant without the signature of that participant. Therefore, please complete this form in its entirety, and mail it back to the Fund Office in the enclosed envelope as soon as possible to ensure that the change is made in a timely fashion.

Very truly yours,

The Fund Office

PARTICIPANT INFORMATION

Name: _____
Social Security Number: _____ Employer: _____
Phone Number: _____ Email: _____

OLD ADDRESS

Address 1: _____
Address 2: _____
City, State, ZIP: _____

NEW ADDRESS

Address 1: _____
Address 2: _____
City, State, ZIP: _____
Effective Date of Address Change: _____

The Fund Office will notify UFCW Local 1776KS and the UFCW Local 1776 Federal Credit Union of your address change. If you do not want the Fund Office to share your address with either organization, check the box(es) below:

- ☐ Do not send my address to UFCW Local 1776KS.
- ☐ Do not send my address to the UFCW Local 1776 Federal Credit Union.

Signature: _____ Date: _____

Walton Campus – 3031B Walton Road – Plymouth Meeting, PA 19462 **Phone:** 610-941-9400 **Fax:** 610-941-9602

www.ufcwbenefitfunds.org

Fondo de Salud y Bienestar UFCW, Noreste de Pensilvania

FORMULARIO DE CAMBIO DE DOMICILIO

Fecha: _____

RE: Solicitud de cambio de dirección

Estimado participante:

Los participantes del Fondo de Salud y Bienestar de UFCW del Noreste de Pensilvania ("Fondo") deben hacer todos los cambios de dirección por escrito. La Oficina del Fondo no cambiará la dirección de un participante sin la firma de ese participante. Por lo tanto, complete este formulario en su totalidad y envíelo por correo a la Oficina del Fondo en el sobre adjunto lo antes posible para asegurarse de que el cambio se realice de manera oportuna.

Muy sinceramente suyo,
La Oficina del Fondo

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombre: _____

Número de Seguro Social: _____ Empleador: _____

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

ANTIGUA DIRECCIÓN

Dirección 1: _____

Dirección 2: _____

Ciudad, Estado Código Postal: _____

NUEVA DIRECCIÓN

Dirección 1: _____

Dirección 2: _____

Ciudad, Estado Código Postal: _____

Fecha de entrada en vigor del cambio de dirección: _____

La Oficina del Fondo notificará a UFCW Local 1776KS y a UFCW Local 1776 Federal Credit Union sobre su cambio de dirección. Si no desea que la Oficina del Fondo comparta su dirección con ninguna de las organizaciones, marque las siguientes casillas:

- ☐ No envíe mi dirección a UFCW Local 1776KS.
- ☐ No envíe mi dirección a UFCW Local 1776 Federal Credit Union.

Firma: _____ Fecha: _____

Campus de Walton - 3031B Walton Road – Plymouth Meeting, PA 19462 **Teléfono:** 610-941-9400 **Fax:** 610-941-9602

www.ufcw1776benefitfunds.org