



# 1199SEIU Greater New York Benefit Fund

## SPOUSE COVERAGE AND PAYROLL DEDUCTION AUTHORIZATION FORM

### COBERTURA DEL CÓNYUGE Y FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA DEDUCCIÓN EN NÓMINA

PLEASE PRINT CLEARLY IN BLACK OR BLUE INK / ESCRIBA CON CLARIDAD EN LETRA DE IMPRENTA CON TINTA NEGRA O AZUL

- Yes! I want to sign my spouse up for the 1199SEIU Greater New York Benefit Fund plan. I consent to my employer deducting the required \$25 weekly premium from my paycheck beginning January 1, 2016. / ¡Sí! Quiero inscribir a mi cónyuge en el plan del Fondo de Beneficios del Área Metropolitana de Nueva York de 1199SEIU. Acepto que mi empleador deduzca la prima semanal exigida de \$25 de mi cheque de pago desde el 1 de enero de 2016.

I hereby authorize my Employer to withhold the required premium, constituting my premium contribution to the 1199SEIU Greater New York Benefit Plan (the "Plan"), from my wages and to forward that amount to the Fund. I authorize the Fund to share my eligibility and enrollment information with my Employer and my Union. This authorization is made voluntarily based on my specific understanding that (1) The payment of the required premium contribution is one of the conditions of my spouse's enrollment in the Plan; and (2) The signing of this authorization form and the making of these payments are not conditions of my employment by my Employer or membership in any Union. The authorization shall remain in full force and effect until my Employer has received written notification from me of its termination or until I am no longer eligible for coverage by the Plan. / Por medio del presente, autorizo a mi empleador para que retenga la cantidad de la prima exigida, lo que constituye mis aportes de primas al Plan de Beneficios del Gran Nueva York de 1199SEIU (el "Plan"), de mis salarios y a reenviar dicho monto al Fondo. Autorizo al Fondo a compartir mi información de elegibilidad e inscripción con mi Empleador y mi Sindicato. Doy esta autorización en forma voluntaria con base en mi conocimiento específico de que (1) el pago de un aporte de prima es una de las condiciones de la inscripción de mi cónyuge en el Plan; y de que (2) la firma de este formulario de autorización y la realización de los pagos no son condiciones de empleo por parte de mi Empleador o miembro de ningún Sindicato. La presente autorización se mantendrá en plena vigencia hasta que mi Empleador haya recibido una notificación escrita por mí acerca de su revocación o hasta que ya no sea elegible para la cobertura del Plan.

**X** \_\_\_\_\_  
Signature / Firma Date / Fecha

Member's full name / Nombre completo del miembro

Member's Social Security # / N.º del Seguro Social del miembro

Address / Dirección

City / Ciudad

State / Estado

Zip code / Código postal

Telephone / Teléfono

Employer / Empleador

Spouse's full name / Nombre completo del cónyuge

Spouse's Social Security # / N.º del Seguro Social del cónyuge

You must also complete and submit to the Benefit Fund an **Enrollment Change Form**. To access the form, visit **[www.1199SEIUBenefits.org](http://www.1199SEIUBenefits.org)**. / También debe completar y enviar el **Formulario de Cambio de Inscripción** al Fondo de beneficios. Para acceder al formulario, visite **[www.1199SEIUBenefits.org](http://www.1199SEIUBenefits.org)**.

This authorization form only applies to participants in the Greater New York Benefit Fund who work for contributing employers in New York State. / Este formulario de autorización solo se aplica a los participantes del Fondo de Beneficios del Área Metropolitana de Nueva York que trabajan para empleadores contribuyentes en el estado de Nueva York.

**THIS FORM SHOULD BE RETURNED TO YOUR EMPLOYER FOR PROCESSING.  
ESTE FORMULARIO DEBE SER DEVUELTO A SU EMPLEADOR PARA EL DEBIDO PROCESO.**