

Change of Personal Identification Information Form/Formulario de cambio de información de identificación personal
Building Service 32BJ Benefit Funds



Questions? Call Member Services at (212) 388-3500 or 1-800-551-3225 if outside of New York City/ ¿Tiene alguna pregunta? Comuníquese con Servicios para los Miembros llamando al (212) 388-3500 o 1-800-551-3225 si esta fuera de New York City.

Instructions: Please fill out sections completely. Please print in blue or black ink. Do not tape or staple./ Instrucciones: Escriba en tinta azul o negra. No pegue cinta adhesiva ni engrape este formulario.

Section 1/ Sección 1 Participant Information/ Información del participante

IMPORTANT: Participant information is required to process this form./ **IMPORTANTE:** Se requiere la información del participante para procesar este formulario.

First Name/ Nombre Middle Name/ Segundo nombre Last Name/ Apellido Social Security Number/ Número de seguro social

Section 2/ Sección 2 Name Change/ Cambio de nombre

Select/ **Seleccione:** Member/ Miembro Spouse/ Cónyuge Child/ Hijo

Old Name/ Nombre anterior

First Name/ Nombre Middle Name/ Segundo nombre Last Name/ Apellido Social Security Number/ Numero de seguro social
(if other than participant/ si no es el participante)

New Name/ Nuevo nombre

First Name/ Nombre Middle Name/ Segundo nombre Last Name/ Apellido

Section 3/ Sección 3 Social Security Number Change/ Cambio de número del seguro social

Select/ **Seleccione:** Member/ Miembro Spouse/ Cónyuge Child/ Hijo

First Name/ Nombre Middle Name/ Segundo nombre Last Name/ Apellido

Old Social Security Number/ Número de seguro social anterior

New Social Security Number/ Número de seguro social actual

Section 4/ Sección 4 Birth Date Change*/ Cambio de fecha de nacimiento*

Select/ **Seleccione:** Member/ Miembro Spouse/ Cónyuge Child/ Hijo

*Proof of Date of Birth Required/ Se requiere constancia de fecha de nacimiento.

First Name/ Nombre Middle Name/ Segundo nombre Last Name/ Apellido

Social Security Number/ Numero de seguro social
(if other than participant/ si no es el participante)

Old Date of Birth/ Fecha de nacimiento anterior:

New Date of Birth/ Fecha de nacimiento actual:

_____/_____/_____
(Month/ mes) (Day/ día) (Year/ año)

_____/_____/_____
(Month/ mes) (Day/ día) (Year/ año)

Section 5/ Sección 5 **Gender Change/ Cambio de sexo**Select/ Seleccione: Member/ Miembro Spouse/ Cónyuge Child/ Hijo

First Name/ Nombre Middle Name/ Segundo nombre Last Name/ Apellido

Social Security Number/ Numero de seguro social
(if other than participant/ si no es el participante)

Old Gender:/ Sexo anterior:

 Male/ Hombre Female/ Mujer

New Gender:/ Sexo actual:

 Male/ Hombre Female/ Mujer**Section 6/ Sección 6** **Participant Signature/ Firma del Participante**

I have read this form and I agree to provide documents to verify this information if requested by the Building Service 32BJ Benefit Fund ("the Funds"). I agree to immediately notify the Funds of any changes regarding the information I have provided. I understand that if I fail to notify the Funds about such a change, it may result in the delay or denial of a benefit administered by the Funds. I affirm that all of the information I have provided is true./ He leído este formulario y acepto presentar documentos para corroborar esta información si así lo solicita el Building Service 32BJ Benefit Fund ("el Fondo"). Acepto notificar de inmediato el Fondo sobre cualquier cambio que afecte la información provista. Entiendo que si no notifico el Fondo sobre dichos cambios, éste pondrá demorar o denegar la asignación de beneficios. Manifiesto que toda la información provista es verdadera.

Participant Signature/ Firma del participante

Current Date (Month/Day/Year)/ Fecha actual (mes/día/año)

Please Mail or Fax to:/ Envíe el formulario por correo postal o por fax a:

Department of Eligibility
Building Service 32BJ Benefit Funds
25 West 18th Street
New York, NY 10011-4676 or
Fax to 212-844-2717

Website: www.32bjfunds.org

August 2018/ Agosto de 2018