



**AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION AND/OR
DESIGNATION OF A REPRESENTATIVE REGARDING
SERVICE EMPLOYEES 32BJ NORTH PENSION FUND
AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN Y/O
DESIGNACIÓN DE UN REPRESENTANTE CON RESPECTO AL
SERVICE EMPLOYEES 32BJ NORTH PENSION FUND**

Service Employees 32BJ North Pension Fund policy prohibits us from revealing information about your Plan benefits to another person, without your written approval. Please read this form carefully and print your information legibly.

La política del Service Employees 32BJ North Pension Fund nos prohíbe revelar información sobre sus beneficios del Plan a otra persona, sin su aprobación por escrito. Por favor lea este formulario cuidadosamente y escriba la información en letra de imprenta legible.

Participant Name/Nombre del participante

Social Security # /Nº del Seguro Social

Date of Birth/Fecha de nacimiento

I hereby authorize the following person/entity to receive my/the above named participant's benefit information and/or designate him/her as my representative to act on my/the above named participant's behalf:

Por la presente autorizo a la siguiente persona/entidad a recibir la información sobre los beneficios míos/del participante mencionado y/o lo designo como mi representante para que actúe en nombre mío/del participante mencionado:

Name of Authorized Person/Entity and/or Designated Representative
Nombre de la Persona/Entidad Autorizada y/o Representante Designado

Address of Authorized Person/Entity and/or Designated Representative
Dirección de la Persona/Entidad Autorizada y/o Representante Designado

Telephone number
Teléfono

This authorization/designation applies to the Service Employees 32BJ North Pension Fund.

Esta autorización/designación se aplica al Service Employees 32BJ North Pension Fund.

I authorize the Service Employees 32BJ North Pension Fund (Fund) to:

Autorizo al Service Employees 32BJ North Pension Fund (el Fondo) a:

- discuss eligibility/benefit information with the authorized Person/Entity and/or Designated Representative.
tratar la información sobre elegibilidad/beneficios con la Persona/Entidad autorizada y/o Representante Designado.
- allow the above-named authorized Person/Entity and/or Designated Representative to make transactions (e.g., change address & telephone number, direct deposit information, change beneficiary) on participant's behalf. I have attached a fully executed Power of Attorney naming the above-named authorized Person/Entity and/or Designated Representative. **Appropriate legal documents must be attached. Submission of such documents is for the Fund's review and approval and until such documents are approved by the Fund, they shall not be binding on the Fund.**
*permitir a la Persona/Entidad autorizada mencionada y/o Representante Designado a efectuar transacciones (p. ej., cambio de domicilio y teléfono, información sobre depósito directo, cambio de beneficiario) en nombre del participante. He adjuntado un Poder de Representación debidamente ejecutado que nombra a la Persona/Entidad autorizada y/o Representante Designado mencionado. **Deben adjuntarse los documentos legales pertinentes. La presentación de dichos documentos es para que el Fondo los examine y apruebe y hasta tanto dichos documentos no hayan sido aprobados por el Fondo, no serán vinculantes para el Fondo.***
- allow my Designated Representative to file a complaint, grievance or appeal on my/the above named participant's behalf.
permitir a mi Representante Designado presentar una queja, agravio o apelación en mi nombre o en nombre del participante mencionado.
- Other (specify):/ Otro (especificar): _____

Purpose of this Authorization (check one):/ Finalidad de esta Autorización (marque una):

At the request of the participant/A solicitud del participante Other:/Otra _____

**This Authorization is valid for the duration of my eligibility with the Fund unless a different expiration date is indicated here:
Esta Autorización es válida mientras dure mi elegibilidad con el Fondo, a menos que se indique una fecha de vencimiento
distinta aquí:** _____(Specify month, date, year)/(Especificar mes, día, año)

I understand that this Authorization to Release Information and/or Designation of a Representative allows only the actions specified above. *I understand that I may revoke this Authorization to Release Information and/or Designation of a Representative at any time, except to the extent that action has been taken in reliance upon it, by submitting a request in writing to the Fund.* I understand that the person/entity I have named to receive information may not be subject to privacy laws. They may be able to release the information and privacy laws may no longer protect the information.

Entiendo que esta Autorización a Divulgar Información y/o la Designación de un Representante sólo permite las acciones especificadas arriba. *Entiendo que puedo revocar esta Autorización a Divulgar Información y/o Designación de un Representante en cualquier momento, excepto cuando ya se haya actuado basándose en la misma, pidiéndolo por escrito al Fondo.* Entiendo que la persona/entidad que he nombrado para que reciba información puede no estar sujeta a las leyes de privacidad. Podría divulgar la información y las leyes de privacidad ya no protegerían la información.

I do hereby affirm that I am the above-named participant or the person with the legal authority to act on behalf of the above-named participant.

Por la presente afirmo que soy el participante mencionado o la persona con autoridad legal para actuar en nombre del participante mencionado.

Signature of Participant/ Firma del participante

Print name of Participant/Nombre en letra de imprenta del participante

Date/Fecha