



# Change of Address or Phone Number Form/Formulario para cambio de numero de de telefono o direccion

Service Employees 32BJ North Benefit Fund/ Fondos de Beneficios de Salud para los Empleados de Servicio 32BJ Norte

Questions? Call Member Service at (212) 388-3500./ ¿Preguntas? Llame a Servicios para Miembros al (212) 388-3500.

Instructions: Please print in black or blue ink. Do not tape or staple./ Instrucciones: Por favor escriba en letra imprenta con tinta negra o azul, no pegue con cinta ni use grapas.

## Section 1/ Sección 1 | Participant Information/ Información del participante

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

Check one that applies./ Indique uno que aplica

- I am a member./ Yo soy el miembro
- I am a dependent./ Yo soy el dependiente \_\_\_\_\_  
(Relationship to the member)/ (Su relacion con el miembro)
- I am a pensioner./ Yo soy el Pensionado/Pensionada

## Section 2/ Sección 2 | Changes/ Cambios

Check one that applies./ Indique uno que aplica

- I have changed only my primary address./ Sólo he cambiado mi dirección/ principal.
- I have changed only my phone number./ Sólo he cambiadó mi número de teléfono.
- I have changed both my address and phone number./ He cambiado tanto mi dirección como mi número teléfono.
- I have added/changed only my **alternate** address for the period from \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_./ He añadido/cambiado solo mi dirección **alternativa** para el periodo comprendido entre \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_.
- Delete my **alternate** address and send my pension checks to my primary address only./ Borro mi dirección **alternativa** y envíe mis checques de pensión solamente a mi dirección principal.

Indicate your **previous** address and/or phone number/ indique su dirección y/o número de teléfono **anterior**

- Old Primary/ Principal anterior
- Old Alternative/ Alternativa anterior

Street Address/ Calle

City/ Ciudad State/ Estado Zip code/ Código postal

Telephone Number/ Numero telefonico

Indicate your **new** address and/or phone number/ Indique su **nueva** dirección y/o número de teléfono

- New Primary/ Principal nueva
- New Alternative/ Alternativa nueva

Street Address/ Calle

City/ Ciudad State/ Estado Zip code/ Código postal

Telephone Number/ Número telefónico

Please Mail or Fax to:/ Por favor envíe este formulario por correo o por fax a:

Department of Eligibility • Service Employees 32BJ North Benefit Fund  
140 Huguenot St. New Rochelle, NY 10801 or Fax to 914-637-2138