



The Pension Boards
 United Church of Christ, Inc.
 WHERE FAITH AND FINANCE INTERSECT



Formulario de terminación de beneficios

Completar este formulario para la terminación de empleados o, para cancelar la contribución.

ID DE MIEMBRO: - Últimos 4 dígitos del SSN: X X X - X X -

ID DEL EMPLEADOR: _____

INFORMACIÓN PERSONAL DEL EMPLEADO

Nombre del miembro (apellido, nombre): _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono móvil: (____) _____ - _____ Teléfono Residencial: (____) _____ - _____

Correo electrónico: _____

¿El miembro continúa trabajando en otra iglesia? []Si []No []Desconocido

TERMINACIÓN DEL EMPLEO

Indique la última fecha oficial de empleo, si corresponde.

Fecha efectiva: ____/____/____
MM DD YYYY

VERIFICACIÓN DEL EMPLEADOR

Al firmar este formulario, el Empleador, por medio de su funcionario debidamente autorizado u otro representante, acepta las disposiciones, reglas y procedimientos con respecto a la elegibilidad y las contribuciones como se indica en esta solicitud, y en conformidad con el Acuerdo de Adopción del Empleador.

Nombre del Empleador: _____

Firma del funcionario autorizado: _____ Fecha: ____/____/____
MM DD YYYY