



# 1199SEIU Greater New York Benefit Fund Spouse Coverage and Paycheck Deduction Authorization Form

## Cobertura para cónyuge en el Fondo de Beneficios del Gran Nueva York de 1199SEIU y formulario de autorización para deducción del cheque de pago

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 premium (\$30 per week for employees hired before January 1, 2011; \$60 per week for employees hired on or after January 1, 2011) from my paycheck beginning on the first date of the next enrollment period.
- ¡Sí! Quiero inscribir a mi cónyuge en el Fondo de Beneficios del Gran Nueva York de 1199SEIU. Doy mi consentimiento para que mi empleador deduzca de mi cheque de pago la prima exigida (\$30 por semana para empleados contratados antes del 1 de enero de 2011; y \$60 por semana para los empleados contratados el 1 de enero de 2011 o después) a partir de la primera fecha del próximo período de inscripción.

I hereby authorize my Employer to withhold the required premium, constituting my premium contribution to the 1199SEIU Greater New York-NY Benefit Plan (the "Plan"), from my wages and to forward that amount to the Fund. 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. 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.

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

Name / Nombre

Social Security # / N.º del Seguro Social

Address / Dirección

City / Ciudad

State / Estado

Zip Code / Código Postal

Telephone / Teléfono

Employer / Empleador

Spouse's Name / Nombre del Cónyuge

Spouse previously enrolled in Greater New York Benefit Fund?  Yes  No

¿Cónyuge inscrito anteriormente en el Fondo de Beneficios del Gran Nueva York?  Sí  No

If no, you must complete an **Enrollment Change Form** or an **Enrollment Form** if you are a new member.

Si la respuesta es no, debe llenar un **Formulario de Cambio de Inscripción** o un **Formulario de Inscripción** si es un nuevo miembro.

This authorization form only applies to participants in the Greater New York Benefit Fund who work at contributing employers in New York State.

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