

**SEIU NATIONAL INDUSTRY PENSION FUND
PARTICIPANT CENSUS CARD
TARJETA DE CENSO DEL PARTICIPANTE
P.O.BOX 22650, LEHIGH VALLEY, P.A. 18002-2650**

EMPLOYEE INFORMATION/ INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Last/Apellido

First/Nombre

M.I./Inicial del segundo nombre

(Social Security Number)/(Número del Seguro Social)

(Address)/(Dirección)

(City / State / Zip Code)/(Ciudad / Estado / Código postal)

(Date of Birth (Month/Day/Year)/(Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año)

(Date of Hire)/ (Fecha de contratación)

MALE/MASCULINO

FEMALE/FEMENINO

SINGLE/SOLTERO/A

MARRIED/CASADO/A

(Local/Employer Name)/ (Nombre del empleador/sección)

(Local/Employer Address: Number and Street)/ (Dirección del empleador/sección: Número y calle)

(City / State / Zip Code)/(Ciudad / Estado / Código postal)

1. Married Participants: If you are married, please complete section below:

1. Participantes casados: si está casado/a, complete la sección a continuación:

(Spouse Name)/(Nombre del cónyuge)

(Social Security Number)/(Número del Seguro Social)

(Spouse Birthdate: (Month/Day/Year)/(Fecha de nacimiento del cónyuge: (Mes/Día/Año)

2. **Single Participants: If you are single, please list the name of the person you wish the Fund to contact in the event of your death:

2. **Participantes solteros: si está soltero/a, indique el nombre de la persona que desea que el Fondo contacte en el caso de su muerte:

(Name)/(Nombre)

(Phone Number and email address)/(Número de teléfono y dirección de correo electrónico)

(Address: Number and Street)/Dirección: Número y calle)

(City/State/Zip Code)/(Ciudad/Estado/Código postal)

Employee Signature/Firma del empleado

Date/Fecha

****Note: If You Die Before You Retire: Only your Surviving Spouse or Spousal Equivalent will be eligible for benefits. No other beneficiaries will be eligible for benefits/**Nota: si muere antes de jubilarse: solo su cónyuge sobreviviente o conviviente serán elegibles para obtener los beneficios. Ningún otro beneficiario será elegible.**