

FONDO DE PENSIONES DEL SINDICATO DEL LOCAL 32 DE
TRABAJADORES Y EMPLEADORES DE LA INDUSTRIA DE ALIMENTOS Y
BEBIDAS
7130 Columbia Gateway Drive, Suite A
Columbia, MD 21046
(410) 872-9500

**Formulario de terminación
(ESTE FORMULARIO SOLO SE NECESITA PARA LA TERMINACIÓN DE
LOS BENEFICIOS DE EMPLEO)**

Estimado participante:

Tome en cuenta que la Oficina del Fondo requiere que su Gerente complete este formulario. Este formulario es para garantizar la certeza de su terminación. Para poder cobrar sus beneficios, tiene que dejar su empleo. **También puede enviar una carta de terminación de su empleador o una carta de renuncia que indique el último día que trabajó.**

A fin de garantizar el procesamiento oportuno de sus beneficios de pensión, sírvase entregar todos los formularios juntos en el sobre provisto. Si los envía por correo separadamente, eso podría ocasionar un retraso de procesamiento.

Si tiene alguna pregunta, no dude en comunicarse con la Oficina del Fondo.

Nombre _____

Número de Seguro Social _____

Empleador _____

Último día de trabajo
(Sin incluir vacaciones) _____

Firma del participante _____

Firma del Gerente de la Instalación _____