



Benefit Funds

SEIU Benefit Funds' policy prohibits us from revealing information about your Plan benefits to another person, without your written approval. Please read this form carefully and print your information legibly.

La política de los SEIU Benefit Funds nos prohíbe revelar información sobre sus beneficios del Plan a otra persona, sin su aprobación por escrito. Lea este formulario atentamente y escriba la información en letra de imprenta legible.

Participant/Pensioner Name
Nombre del participante/pensionado

Social Security#
N.º del Seguro Social

Date of Birth
Fecha de nacimiento

I hereby authorize the following person/entity to receive my/the above named participant's/pensioner's benefit information and/or designate him/her as my representative to act on my/the above-named participant's/pensioner's behalf:

Por el presente, autorizo a la siguiente persona/entidad a recibir la información sobre mis beneficios/los del participante/pensionado mencionado arriba y/o lo designo como mi representante para que actúe en mi nombre/del participante/pensionado mencionado arriba.

Name of Authorized Person/Entity /and or Designated Representative
Nombre de la persona/entidad autorizada y/o representante designado

Address of Authorized Person/Entity /and or Designated Representative
Dirección de la persona/entidad autorizada y/o representante designado

Telephone number
Número de teléfono

Please check the name of the plan below that this designation applies to:
Marque el nombre del plan a continuación al cual se aplica la designación:

- SEIU National Industry Pension Fund
- Pension Plan for the Employees of SEIU
- SEIU Affiliates' Officers and Employees Pension Fund

I authorize the SEIU Benefit Funds to:
Autorizo a los SEIU Benefit Funds a:

- Discuss eligibility/benefit information with the authorized Person/Entity and/or Designated Representative./Tratar la información sobre elegibilidad/beneficios con la persona/entidad autorizada y/o representante designado.
- Allow the above-named authorized Person/Entity and/or Designated Representative to make transactions (e.g., change address & telephone number, direct deposit information, change beneficiary on participant's/pensioner's behalf. I have attached a fully executed Power of Attorney naming the above-named authorized Person/Entity and/or Designated Representative. Appropriate legal documents **must** be attached. Submission of such documents is for the Funds' review and approval and until such documents are approved by the Funds, they shall not be binding on the Funds./Permitirle a la persona/entidad autorizada y/o representante designado realizar transacciones (por ejemplo, cambiar la dirección y el número de teléfono, información de depósito directo, cambiar el beneficiario en nombre del participante/pensionado). He adjuntado un Poder notarial debidamente ejecutado que designa a la persona/entidad autorizada y/o representante designado mencionado arriba. **Deben** adjuntarse los documentos legales pertinentes. La presentación de dichos documentos es para que los Fondos los examinen y aprueben, y hasta tanto dichos documentos no hayan sido aprobados por los Fondos, no serán vinculantes para los Fondos.
- Allow my Designated Representative to file a complaint or appeal on my/the above-named participant's/pensioner's behalf./Permitir a mi representante designado presentar una queja o apelación en mi nombre o en nombre del participante/pensionado mencionado arriba.
- Other (specify)/ Otro (especificar): _____

Purpose of this Authorization (check one): | **Finalidad de esta autorización (marque una):**

- At the request of the participant** [] **Other** | Otra _____
A solicitud del participante _____

This Authorization is valid for the duration of my eligibility with the Funds unless a different expiration date is indicated here:

Esta autorización es válida mientras dure mi elegibilidad con los Fondos a menos que se indique una fecha de vencimiento distinta aquí:

_____ (Specify month, day, year) | (Especifique mes, día, año)

I understand that this Authorization to Release Information and/or Designation of a Representative allows only the actions specified above. ***I understand that I may revoke this Authorization to Release Information and/or Designation of a Representative at any time, except to the extent that action has***

been taken in reliance upon it, by submitting a request in writing to the Fund. I understand that the person/entity I have named to receive information may not be subject to privacy laws. They may be able to release the information and privacy laws may no longer protect the information. I do hereby affirm that I am the above-named participant or the person with the legal authority to act on behalf of the above-named participant.

Entiendo que esta autorización para divulgar información y/o la designación de un representante solo permite las acciones especificadas arriba. ***Entiendo que puedo revocar esta autorización para divulgar información y/o la designación de un representante en cualquier momento, except cuando ya se haya actuado basándose en la misma, pidiéndolo por escrito al Fondo.*** Entiendo que la persona/entidad que he nombrado para que reciba información puede no estar sujeta a las leyes de privacidad. Podría divulgar la información y las leyes de privacidad ya no protegerían la información. Por la presente afirmo que soy el participante mencionado o la persona con autoridad legal para actuar en nombre del participante mencionado anteriormente.

Signature of Participant | Firma del participante _____

Print name of Participant |
Nombre en letra de imprenta del participante _____ Date | Fecha _____