

TRANSFER/PORTABILITY FORM

Culinary Health Fund

Complete and submit this form for:

- Employees **transferring from a non-bargaining unit position to a bargaining unit position** within the same Current Contributing Employer.
- New Employees hired to a bargaining unit position and are **eligible for portability**.

Please NOTE: Culinary health insurance and pension contribution coverage will begin the first day of their employment. Inform your employee to contact us to enroll for their health insurance.

TRANSFER PORTABILITY

EMPLOYEE INFORMATION			
TODAY'S DATE:	GENDER: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	SOCIAL SECURITY #:	
EMPLOYEE NAME:		DATE OF BIRTH:	PHONE #:
ADDRESS:			
EMPLOYER:		ORIGINAL HIRE DATE:	
POSITION TRANSFERRING FROM:	POSITION TRANSFERRING INTO:	TRANSFER DATE:	
DATE COMPANY INSURANCE ENDS:		DATE CULINARY INSURANCE START:	
If applicable, please have the employee sign here:			
_____ EMPLOYEE SIGNATURE		_____ DATE	

COMPANY VERIFICATION		
COMPANY NAME:	PHONE NUMBER:	TODAY'S DATE:
CONTACT PERSON:		TITLE:

FORMULARIO DE TRANSFERENCIA/PORTABILIDAD

Fondo de Salud de la Culinaria

Complete este formulario y preséntelo para:

- Empleados **transfiriendo de una posición no de la unidad de negociación a una posición de la unidad de negociación** dentro del mismo Empleador Actual Contribuyente.
- Nuevos empleados contratados para una posición de la unidad de negociación que son **elegibles para portabilidad**.

Favor de TOMAR NOTA: El seguro de salud de la Culinaria y la cobertura de contribución de pensión empezarán el primer día de su trabajo. Informe a su empleado que se comunique con nosotros para inscribirse para su seguro de salud.

TRANSFERENCIA PORTABILIDAD

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO			
FECHA DE HOY:	GÉNERO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	NO. DE SEGURO SOCIAL:	
NOMBRE DEL EMPLEADO:		FECHA DE NACIMIENTO:	NO. DE TEL.:
DIRECCIÓN:			
EMPLEADOR:		FECHA DE CONTRATACIÓN ORIGINAL:	
POSICIÓN DE LA CUAL ESTÁ TRANSFIRIENDO:	POSICIÓN A LA CUAL ESTÁ TRANSFIRIENDO:	FECHA DE TRANSFERENCIA:	
FECHA EN QUE TERMINA EL SEGURO DE LA COMPAÑÍA:	FECHA EN QUE EMPIEZA EL SEGURO DE LA CULINARIA:		
Si aplica, pida al empleado que firme aquí:			
_____		_____	
FIRMA DEL EMPLEADO		FECHA	

VERIFICACIÓN DE LA COMPAÑÍA		
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA:	TELÉFONO:	FECHA DE HOY:
PERSONA DE CONTACTO:		TÍTULO: