

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: ☐ M ☐ 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:	

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: ☐ M ☐ 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:	