

Section 3 / Sección 3**Dependents Information/ Información de los dependientes**

Your spouse and dependents will not have access to benefits until Department of Eligibility receives this completed form and your certified marriage certificate and/or dependents' birth certificate, adoption papers or proof of legal guardianship. /Su cónyuge o sus dependientes no tendrán derecho a los beneficios hasta que el Departamento de Elegibilidad reciba el presente formulario completo y su certificado de matrimonio legalizado y/o el certificado de nacimiento, documentos de adopción o de tutoría legal de sus dependientes¹. Member must fill in all blanks where applicable/El miembro debe llenar todos los espacios en blanco donde sea aplicable. List additional dependents below or on a separate page. /Escriba sus dependientes adicionales abajo o en una página aparte.

First Name/ Primer nombre _____ Middle Name/ Segundo nombre _____ Last Name/ Apellido _____ SSN/ Número de Seguro Social _____ Gender **Sexo:** Male Female
 Hombre Mujer

Date of Birth (Month/Day/Year)/ Fecha de nacimiento (mes/día/año) _____ Biological Child Adopted Step-Child Grandchild, Niece or Nephew
 Hijo biológico Adoptado Hijastro Nieto, Sabrina o Sabrino

If address is different from participant (in section 1) enter address in space below.
Si la dirección es diferente a la del Participante (en la Sección 1) escriba la dirección en el espacio de abajo.

Street Address/ Calle _____ Apt. #/ No. de apartamento _____ City/ Ciudad _____ State/ Estado _____ Zip/ Código Postal _____

2

First Name/ Primer nombre _____ Middle Name/ Segundo nombre _____ Last Name/ Apellido _____ SSN/ Número de Seguro Social _____ Gender **Sexo:** Male Female
 Hombre Mujer

Date of Birth (Month/Day/Year)/ Fecha de nacimiento (mes/día/año) _____ Biological Child Adopted Step-Child Grandchild, Niece or Nephew
 Hijo biológico Adoptado Hijastro Nieto, Sabrina o Sabrino

If address is different from participant (in section 1) enter address in space below.
Si la dirección es diferente a la del Participante (en la Sección 1) escriba la dirección en el espacio de abajo.

Street Address/ Calle _____ Apt. #/ No. de apartamento _____ City/ Ciudad _____ State/ Estado _____ Zip/ Código Postal _____

3

First Name/ Primer nombre _____ Middle Name/ Segundo nombre _____ Last Name/ Apellido _____ SSN/ Número de Seguro Social _____ Gender **Sexo:** Male Female
 Hombre Mujer

Date of Birth (Month/Day/Year)/ Fecha de nacimiento (mes/día/año) _____ Biological Child Adopted Step-Child Grandchild, Niece or Nephew
 Hijo biológico Adoptado Hijastro Nieto, Sabrina o Sabrino

If address is different from participant (in section 1) enter address in space below.
Si la dirección es diferente a la del Participante (en la Sección 1)—Escriba la dirección en el espacio de abajo.

Street Address/ Calle _____ Apt. #/ No. de apartamento _____ City/ Ciudad _____ State/ Estado _____ Zip/ Código Postal _____

Section 4 / Sección 4**Participant Signature / Firma del participante**

I declare the information on this form is true and complete to the best of my knowledge. I agree to provide additional documents to confirm this information if requested by the Building Service 32BJ Benefit Funds. I agree to immediately let the Building Service 32BJ Benefit Funds know of any changes in this information I have provided and understand that failure to do so may result in the delay or denial of a 32BJ benefit./ Declaro que la información escrita en este formulario es fidedigna, correcta y completa. Acepto proporcionar documentos adicionales que confirmen esta información, si así lo solicita el Fondo de Beneficios del Servicio a Edificios 32BJ. Acepto informar de inmediato al Fondo de Beneficios del Servicio a Edificios 32BJ de cualquier cambio en la información que haya proporcionado y comprendo que no hacerlo podría resultar en el retraso o rechazo de un beneficio 32BJ.

Participant Signature/ Firma del participante _____ Date/ Fecha _____

Section 5 / Sección 5**Optional Language Information / Información opcional de lenguaje**

This section is optional. We ask for this information to better serve our participants. Please mark a 1 in the box next to your primary language and a 2 in the box next to your secondary language. Esta sección es opcional. Pedimos esta información para servir mejor a nuestros participantes. Por favor marque 1 en la caja al lado de su lengua primaria y 2 en la caja al lado de su lengua secundaria.

English Spanish Polish Croatian Russian Serbian Albanian Other
 Inglés Español Polski Hrvatski Русский Српски Shqip Otros

Please mail the completed form with required documents to:

Una vez completado el formulario, envíelo por correo junto con los documentos requeridos a:
 Department of Eligibility • Building Service 32BJ Benefit Funds • 25 West 18th St • New York, NY 10011-4676
 or fax to 212-844-2717 ó por Fax a 212-844-2717