

**SOUTHERN NEVADA CULINARY AND BARTENDERS
PENSION PLAN**
(702) 369-0000

Fecha: _____

Nombre: _____ Número de Seguro Social: _____
Dirección: _____
Ciudad, Estado, Zona Postal: _____

RE: CERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA CONTINUAR CON SUS BENEFICIOS DE JUBILACIÓN

Al marcar las secciones apropiadas, por favor certifique que: (1) usted ha recibido todos sus cheques mensuales hasta _____; y (2) usted **personalmente firmó** cada cheque O si sus cheques fueron enviados directamente a su banco, que usted recibió crédito por todos los cheques.

Todo cheque futuro comenzando con el 1° de agosto será detenido hasta que la Oficina de Pensiones reciba esta Declaración de Certificación.

ESTATUS RESIDENCIAL Y DE CIUDADANÍA

USTED DEBE DE MARCAR TODOS LOS CUADROS APROPIADOS ABAJO

Soy ciudadano de los Estados Unidos:

Físicamente yo vivo:

(marque uno)

(marque uno)

Sí No

en los Estados Unidos

Afuera de los Estados Unidos

Yo certifico que he recibido todos mis cheques mensuales (o crédito del banco por todos los cheques).

Yo certifico bajo penalidad de perjurio que toda la información es cierta y correcta. Suscribí

TESTIGO:

Firma del Jubilado

Representante Autorizado del Plan (Oficina de
Pensión)

(Contacte nuestra oficina si no es capaz de firmar su nombre)

- O -

Dirección y Número de Teléfono Vigente

NOTARIO:

Calle

FIRMADO y JURADO ante mí

Ciudad Estado/ Provincia Zona Postal

este día _____ de _____ del 20__

(_____) _____
Código de Área

Número de Teléfono

Notario Publico

Fecha de Expiración de la Licencia