

PROVEA LA INFORMACIÓN SOBRE LOS PADRES NATURALES POR CADA HIJO. LA INFORMACIÓN DEBE INCLUIR EL NOMBRE, LA DIRECCIÓN, EL NÚMERO DE TELÉFONO, LA FECHA DE NACIMIENTO, EL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL, O NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN, EL NOMBRE, LA DIRECCIÓN, Y EL NÚMERO DE TELÉFONO DE SU EMPLEADOR, Y TODA LA INFORMACIÓN ACERCA DEL SEGURO CON UNA COPIA DE LA(S) TARJETA(S) MÉDICA(S)/DENTAL(ES). PROVEA LA MISMA INFORMACIÓN PARA TODOS LOS PADRASTROS.

Nombre del Hijo _____ Parentesco entre el Hijo y el Empleado de Lineco _____

Nombre de la **Madre** Natural _____ # de Tel._(_____) _____

Dirección _____

Fecha de Nacimiento _____ # de Seg. Soc./ID _____

Nombre del Empleador _____

Dirección y Número de Teléfono _____

Nombre del Seguro _____

Dirección y Número de Teléfono _____

Nombre del **Padre** Natural _____ # de Tel._(_____) _____

Dirección _____

Fecha de Nacimiento _____ # de Seg. Soc./ID _____

Nombre del Empleador _____

Dirección _____ # de Tel._(_____) _____

Nombre del Seguro _____

Dirección _____ # de Tel._(_____) _____

Quién tiene custodia del hijo? _____

******* INFORMACIÓN SOBRE EL BENEFICIARIO DE SEGURO DE VIDA *******

Nombre del Empleado _____ # de Seguro Social _____

Nombre del Beneficiario _____

Apellido	Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Fec. Nac	Relación
----------	---------------	----------------------------	----------	----------

Dirección del Beneficiario _____ Número de Teléfono_(_____) _____

El beneficiario que está nombrado arriba reemplaza cualquiera y todos los beneficiaries designados previamente. (La designación de un beneficiario sera válido solamente si la Oficina del Fondo recibe este formulario mientras usted (el empleado) está con vida.

Fecha de Firma

Firma de Empleado