
UFCW Health and Welfare Fund of Northeastern Pennsylvania

Date: _____

RE: Request for Change of Address

Dear Participant:

Under the UFCW Health and Welfare Fund of Northeastern Pennsylvania, participants must make all changes of address in writing. The Fund office will not change the address of a participant without the signature of that participant.

Therefore, please complete this form in its entirety, and mail it back to the Fund Office in the enclosed envelope as soon as possible to ensure that the change is made in a timely fashion.

NAME OF PARTICIPANT: _____

SS# _____

OLD ADDRESS: _____

NEW ADDRESS: _____

***New Phone**

Number (if applicable):

EFFECTIVE DATE OF ADDRESS CHANGE: _____

SIGNATURE OF PARTICIPANT: _____

Sincerely,

Fund Office

Fondo de Salud y Bienestar UFCW, Noreste de Pensilvania

Fecha: _____

Asunto: Solicitud de cambio de dirección

Estimadas y estimados participantes:

En cumplimiento de la ley HIPAA, los cambios de dirección se deben hacer por escrito. La Oficina del Fondo no procederá a cambiar la dirección si no cuenta con la firma del miembro.

El presente formulario deberá ser completado en su totalidad y enviado lo antes posible a la Oficina del Fondo en el sobre que se adjunta, con dirección y franqueo postal, para proceder al cambio de manera oportuna.

NOMBRE DEL MIEMBRO: _____ N° S.S.: _____

DIRECCIÓN ANTERIOR: _____ EMPRESA: _____

NUEVA DIRECCIÓN: _____

NUEVO NÚMERO TELEFÓNICO (si corresponde): _____

TELÉFONO DEL TRABAJO: _____

FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA DEL CAMBIO: _____

FIRMA DEL MIEMBRO: _____ FECHA: _____

Muy atentamente,

Departamento de Elegibilidad