Building Service 32BJ Benefit Funds

Authorization to Release Information and/or Designation of A Representative Regarding Pension Plan and Supplemental Retirement Savings Plan Benefits

Autorización para divulgar información y/o designación de un representante con respecto al Plan de pensiones y a los beneficios del Plan suplementario de ahorros para la jubilación

Building Service 32BJ Benefit Funds' policy prohibits us from revealing information about your Plan benefits to another person, without your written approval. Please read this form carefully and print your information legibly.
La política de Building service 32BJ Benefit Funds nos prohíbe revelar información sobre sus beneficios del Plan a otra persona, sin su aprobación por escrito. Lea este formulario cuidadosamente y escriba la información en letra de imprenta legible.

Participant Name | Nombre del participante

Social Security # | N.º del Seguro Social

Date of Birth | Fecha de nacimiento

I hereby authorize the following person/entity to receive my/the above named participant's benefit information and/or designate him/her as my representative to act on my/the above named participant's behalf:
Por la presente autorizo a la siguiente persona/entidad a recibir la información sobre los beneficios míos/del participante mencionado y/o lo designo como mi representante para que actúe en nombre mío/del participante mencionado:

Name of Authorized Person/Entity and/or Designated Representative | Nombre de la persona/entidad autorizada y/o representante designado

Address of Authorized Person/Entity and/or Designated Representative | Dirección de la persona/entidad autorizada y/o representante designado

Telephone number | Número de teléfono

This authorization/designation applies to all of the Funds below. If you wish to limit this release to a specific Fund or Funds, circle that Fund or Funds. Esta autorización/designación se aplica a todos los Fondos a continuación. Si desea limitar esta divulgación a un Fondo o a Fondos específicos, rodee con un círculo ese/esos Fondo(s).

- Building Service 32BJ Pension Plan
- Building Service 32BJ Supplemental Savings Retirement Plan
- 32BJ School Workers Pension
- 32BJ Connecticut Pension Fund
- 32BJ Broadway League Pension Fund
- 32BJ North Pension Fund

I authorize the Building Service 32BJ Benefit Funds (the Funds) to:
Autorizo a los Building Service 32BJ Benefit Funds (los Fondos) a:

☐ Discuss eligibility/benefit information with the authorized Person/Entity and/or Designated Representative.
Tratar la información sobre elegibilidad/beneficios con la persona/entidad autorizada y/o representante designado.

☐ Allow the above-named authorized Person/Entity and/or Designated Representative to make transactions (e.g., change address & telephone number, direct deposit information, change beneficiary) on participant's behalf. I have attached a fully executed Power of Attorney naming the above-named authorized Person/Entity and/or Designated Representative. **Appropriate legal documents must be attached. Submission of such documents is for the Funds review and approval and until such documents are approved by the Funds, they shall not be binding on the Funds.**
Permitir a la persona/entidad autorizada y/o representante designado mencionado anteriormente a hacer transacciones (p. ej., cambiar la dirección y el número de teléfono, la información sobre el depósito directo o hacer cambios de beneficiario) en nombre del participante. He adjuntado un poder de representación debidamente firmado que nombra a la persona/entidad autorizada y/o representante designado mencionado anteriormente. **Deben adjuntarse los documentos legales pertinentes. La presentación de dichos documentos es para que los Fondos los examinen y aprueben, y hasta que dichos documentos no hayan sido aprobados por los Fondos, no serán vinculantes para los Fondos.**

☐ Allow my Designated Representative to file a complaint, grievance or appeal on my/the above named participant's behalf.
Permitir a mi representante designado presentar una queja, agravio o apelación en mi nombre/en nombre del participante mencionado.

☐ Other (specify) | Otro (especifique) _____

continue on next page | continúa en la página siguiente

Purpose of this Authorization (check one): | Finalidad de esta autorización (marque una):

☐ At the request of the participant
A solicitud del participante

☐ Other | Otra _____

_____

This Authorization is valid for the duration of my eligibility with the Funds unless a different expiration date is indicated here: Esta autorización es válida mientras dure mi elegibilidad con los Fondos a menos que se indique una fecha de vencimiento distinta aquí:

_____(Specify month, date, year) | (Especifique mes, día, año)

I understand that this Authorization to Release Information and/or Designation of a Representative allows only the actions specified above. ***I understand that I may revoke this Authorization to Release Information and/or Designation of a Representative at any time, except to the extent that action has been taken in reliance upon it, by submitting a request in writing to the Fund.*** I understand that the person/entity I have named to receive information may not be subject to privacy laws. They may be able to release the information and privacy laws may no longer protect the information. I do hereby affirm that I am the above-named participant or the person with the legal authority to act on behalf of the above named participant.

Entiendo que esta autorización para divulgar información y/o la designación de un representante solo permite las acciones especificadas arriba. ***Entiendo que puedo revocar esta autorización para divulgar información y/o la designación de un representante en cualquier momento, excepto cuando ya se haya actuado basándose en la misma, pidiéndolo por escrito al Fondo.*** Entiendo que la persona/entidad que he nombrado para que reciba información puede no estar sujeta a las leyes de privacidad. Podría divulgar la información y las leyes de privacidad ya no protegerían la información. Por la presente afirmo que soy el participante mencionado o la persona con autoridad legal para actuar en nombre del participante mencionado anteriormente.

Signature of Participant | Firma del participante_____

Print name of Participant | Nombre en letra de imprenta del participante_____ Date | Fecha_____