

AUTORIZACIÓN PARA CAMBIO DE DIRECCIÓN POSTAL

SIN LA FIRMA EXCLUSIVA DEL MIEMBRO NO SE PODRÁ TOMAR LA ACCIÓN CORRESPONDIENTE

NOMBRE (SEGÚN APARECE EN LA NÓMINA)		SEGURO SOCIAL	NÚMERO PENSIONADO
Número de Teléfono			
Hogar _____		Trabajo _____	Celular _____
Status del Miembro	¿Tiene Depósito Directo?	Información del banco	
Activo	SI	Nombre del banco: _____	
<input type="radio"/> Pensionado	NO	Sucursal: _____	
Beneficiario		Número de Cuenta: _____	
Dirección Postal Actual:			
Pueblo	Estado	Código Postal	
Dirección Postal Anterior:			
Pueblo	Estado	Código Postal	

Firma del Pensionado o Beneficiario o Tutor

Fecha