

**MASSACHUSETTS LABORERS' PENSION FUND**

P.O. BOX 1501 • 1400 DISTRICT AVENUE • SUITE 200  
BURLINGTON, MASSACHUSETTS 01803  
TELEPHONE (781) 272-1000 • TOLL FREE (800) 342-3792 • FAX 781-272-2226

**Please fill this form out and mail back to us for your  
CHANGE OF ADDRESS**

SSN / P / UEM # \_\_\_\_\_ PHONE # \_\_\_\_\_ LOCAL UNION # \_\_\_\_\_

MEMBER CHANGE OF ADDRESS: \_\_\_\_\_  
(Full Name)

MEMBER'S EMAIL: \_\_\_\_\_

**OLD ADDRESS**

ADDRESS: \_\_\_\_\_

CITY: \_\_\_\_\_

STATE / ZIP CODE: \_\_\_\_\_

MEMBER'S SIGNATURE \_\_\_\_\_

**NEW ADDRESS**

ADDRESS: \_\_\_\_\_

CITY: \_\_\_\_\_

STATE / ZIP CODE: \_\_\_\_\_

DATE: \_\_\_\_\_

DEPENDENT CHANGE OF ADDRESS: \_\_\_\_\_ **(SPOUSE, EX-SPOUSE, CHILD)**  
(Full Name)

*Please circle your relationship to the member*

**OLD ADDRESS**

ADDRESS: \_\_\_\_\_

CITY: \_\_\_\_\_

STATE / ZIP CODE: \_\_\_\_\_

DEPENDENT'S SIGNATURE \_\_\_\_\_

**NEW ADDRESS**

ADDRESS: \_\_\_\_\_

CITY: \_\_\_\_\_

STATE / ZIP CODE: \_\_\_\_\_

DATE: \_\_\_\_\_

List dependents that the change of address will affect:

1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_

4 \_\_\_\_\_

5 \_\_\_\_\_

6 \_\_\_\_\_

**MASSACHUSETTS LABORERS' PENSION FUND**

P.O. BOX 1501 • 1400 DISTRICT AVENUE • SUITE 200  
BURLINGTON, MASSACHUSETTS 01803  
TELEPHONE (781) 272-1000 • TOLL FREE (800) 342-3792 • FAX 781-272-2226

**Por favor de completar este formulario y envíelo por correo para su  
CAMBIO DE DOMICILIO**

SSN / P / UEM # \_\_\_\_\_ TELÉFONO # \_\_\_\_\_ LOCAL # \_\_\_\_\_

CAMBIO DE DOMICILIO DEL MIEMBRO: \_\_\_\_\_  
(Nombre Completo)

CORREO ELECTRÓNICO DEL MIEMBRO: \_\_\_\_\_

**DOMICILIO ANTERIOR**

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_

ESTADO / CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL MIEMBRO: \_\_\_\_\_

**NUEVO DOMICILIO**

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_

ESTADO / CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

CAMBIO DE DOMICILIO DEL DEPENDIENTE: \_\_\_\_\_ (CÓNYUGE, EX-CÓNYUGE, HIJO/A)  
(Nombre Completo)

*Por favor circule su relación al miembro*

**DOMICILIO ANTERIOR**

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_

ESTADO / CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL DEPENDIENTE: \_\_\_\_\_

**NUEVO DOMICILIO**

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_

ESTADO / CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

**Lista de personas que se aplicara este cambio de domicilio:**

**1** \_\_\_\_\_

**2** \_\_\_\_\_

**3** \_\_\_\_\_

**4** \_\_\_\_\_

**5** \_\_\_\_\_

**6** \_\_\_\_\_