

MASSACHUSETTS LABORERS' HEALTH AND WELFARE FUND

P.O. BOX 1501 • 1400 DISTRICT AVENUE • SUITE 200
BURLINGTON, MASSACHUSETTS 01803
TELEPHONE (781) 272-1000 • TOLL FREE (800) 342-3792 • FAX 781-238-0703

**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' HEALTH AND WELFARE FUND

P.O. BOX 1501 • 1400 DISTRICT AVENUE • SUITE 200
BURLINGTON, MASSACHUSETTS 01803
TELEPHONE (781) 272-1000 • TOLL FREE (800) 342-3792 • FAX 781-238-0703

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 _____