

**PROGRAMA DE INCENTIVO DE SEGURIDAD DEL FONDO
FIDUCIARIO DE SALUD Y BIENESTAR SOUTHWEST MULTI-CRAFT**

SOLICITUD DE OTORGAMIENTO DE INCENTIVO DE SEGURIDAD

**USTED ES RESPONSABLE DE DEVOLVER ESTA SOLICITUD A LA OFICINA
ADMINISTRATIVA A MAS TARDAR EL 15 DE OCTUBRE DE 2025**

PARTE 1 - REQUISITOS

Las reglas completas del Plan se encuentran disponible en www.ssatpa.com (<https://www.ssatpa.com/member-services/group-page/NMC>); revisela cuidadosamente.

PARTE 2 - VERIFICACIÓN DE LAS CLASES CENTRALES REQUERIDAS Y DE LAS CLASES DE SEGURIDAD ADICIONALES

Podrá adjuntar a esta solicitud una copia de su certificado de conclusión o su tarjeta de curso de capacitación para cada una de las clases centrales requeridas y las clases de seguridad adicionales a las que asistió entre el 1 de Septiembre del 2024 y el 31 de Agosto del 2025 y/o el curso OSHA al que asistió entre el 1 de Septiembre del 2022 y el 31 de Agosto del 2025.

PARTE 3 - INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Si la dirección de correo que se indica abajo es diferente de la que Southwest Multi-Craft tiene registrada, ¿le gustaría actualizar su dirección? Circule: Sí No

****Campo requerido****

****Yo soy: (Circule una opción abajo)**

Aprendiz

Trabajador Calificado (Journeyman)

Apellido**

Primer nombre**

Inicial segundo nombre

Dirección de Correo**

Dpto.#

Ciudad

Estado

Código Postal

Número de Seguro Social (últimos 4 dígitos)**

Número de teléfono**

Sindicato Local**

Dirección de Correo Electrónico**

PARTE 4 - INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

**Por favor anote a todos sus Empleadores entre el 1 de septiembre de 2024 y el 31 de agosto de 2025.

PARTE 5 - CERTIFICACIÓN DE NINGUNAS VIOLACIONES FORMALES DE SEGURIDAD

¿Ha cometido alguna violación formal a la Seguridad (a incluir: reprimenda por escrito, suspensión, reasignación a un puesto inferior o rescisión) entre el 1 de septiembre de 2024 y el 31 de agosto de 2025 **Circle: Sí No**

Si su respuesta es sí, brinde una explicación breve de la Violación a la Seguridad Formal:

Si su respuesta es sí, ¿quién era su Empleador al momento de la violación? _____

Tenga en cuenta que la Oficina del Fondo le solicitará a cada empleador que proporcione una lista de sus empleados que cometieron una Violación Formal a la Seguridad durante el Año del Plan.

PARTE 6 - VERIFICACIÓN DEL EMPLEADO

Certifico que, a mi mejor conocimiento, la información contenida en esta solicitud es correcta y verdadera.

Firma del Empleado**

Fecha**

**USTED ES RESPONSABLE DE REMITIR Y VERIFICAR QUE LA OFICINA DEL FONDO
HAYA RECIBIDO SU SOLICITUD A MÁS TARDAR EL 15 DE OCTUBRE DEL 2025.**

SI PRESENTA SU SOLICITUD A UN SINDICATO LOCAL, UN PROGRAMA DE CAPACITACIÓN O UN EMPLEADOR Y LA OFICINA DEL FONDO NO LO RECIBE PARA EL 15 DE OCTUBRE DEL 2025, USTED NO RECIBIRÁ NINGÚN CRÉDITO PARA UNA ADJUDICACIÓN.

**PRESENTE SU SOLICITUD COMPLETA Y LA PRUEBA DE CLASES A:
SOUTHWEST SERVICE ADMINISTRATORS, INC.**

6121 Indian School RD NE, SUITE 123
ALBUQUERQUE, NM 87110
TELÉFONO (505) 265-8422 o (800) 432-6636
FAX: (505) 266-9358
WWW.SSATPA.CO