DISPOSITION OF ACCRUED BENEFITS FORM

I, _____, do hereby declare that in the event of my death,

Name of Employee

that all of my accrued leave, final check's earnings, or other vested benefits not already having a declared beneficiary will be paid (in the form of a FINAL check) to:

_____ _____

Name of Primary Designee Street Address, City State Zip

If Primary Designee is living, otherwise to:

_____ _____

Name of Secondary Designee Street Address, City State Zip

_____ _____ _____

Employee Signature Employee Number Date

FORMA DE DISPOSICION DE BENEFICIOS ACUMULADOS

Yo, _____, por este medio declaro que en el evento de

Nombre del Empleado

mi muerte, que todos mis permisos acumulados, ganancias de mi último cheque, y otros beneficios no establecidos con un beneficiario declarado, sean pagados (en la forma de un ÚLTIMO cheque) a:

_____ _____

Nombre del Designado Dirección del Designado

Si Designado Primario está vivo(a); de lo contrario a:

_____ _____

Nombre del Designado Secundario Dirección del Designado Secundario

_____ _____ _____

Firma del Empleado Numero de Empleo Fecha