



RETIREE CHANGE OF ADDRESS (PHONE) FORM

NAME (LAST, FIRST, MIDDLE INITIAL)	Last four of SS #	EMPL ID #	EFFECTIVE DATE OF CHANGE
Retired from City of El Paso: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> If Yes, Retired in current year? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			

NEW PHYSICAL ADDRESS

ADDRESS				APT. #
CITY	STATE	ZIP CODE (nine numbers)	PHONE NUMBER with Area Code () AREA CODE	<i>Circle:</i> CELL HOME
E-MAIL ADDRESS:		E-MAIL TYPE: <i>Please circle one of the following:</i> Business Campus Dormitory Home Other		

NEW MAILING ADDRESS

ADDRESS			APT. #
CITY	STATE	ZIP CODE (nine numbers)	

EMERGENCY CONTACT DATA

EMERGENCY CONTACT:	RELATIONSHIP	CONTACT PHONE NUMBER () AREA CODE
--------------------	--------------	---

RETIREE'S SIGNATURE	DATE
---------------------	------

NOTE: Mailed in forms must have signature notarized.

=====

NOTE: Only forms mailed to Pension Office must have signature notarized.

STATE OF _____ COUNTY OF _____

Before me, a Notary Public, on this day personally appeared _____, known to me to be the person whose name is subscribed to the within instrument, and acknowledged to me that he or she executed the same for purposes and consideration therein expressed.

Signature of Notary

Commission Expires

Please return completed and signed form to:

**El Paso City Employees' Pension Fund
400 W. San Antonio, Ste. B
El Paso, TX 79901**



**FORMA PARA JUBILADOS
CAMBIO DE DOMICILIO Y NUMERO DE TELÉFONO**

NOMBRE (APELLIDO, NOMBRE)	ÚLTIMO CUATRO N°s DE S.S.	NÚMERO DE EMPLEADO	FECHA DEL CAMBIO
Retirado de la Ciudad de El Paso: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si respondió Sí, se retiró en el presente año? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

NUEVA DIRECCIÓN FÍSICA

DIRECCIÓN			Nº DE APT.
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	Número de teléfono con código de área <i>Circule:</i> () Código de área CEL. CASA
CORREO ELECTRÓNICO		TIPO DE CORREO ELECTRÓNICO, Por favor circule UNO: NEGOCIOS/ ESCUELA/ DORMITORIO/ HOGAR/ OTRO	

NUEVA DIRECCIÓN DE CORREO

DIRECCIÓN		Nº DE APT.
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

INFORMACIÓN DEL CONTACTO DE EMERGENCIA

CONTACTO DE EMERGENCIA:	RELACIÓN	Número de teléfono con código de área () Código de área
-------------------------	----------	---

FIRMA DEL JUBILADO	FECHA
--------------------	-------

NOTA: Las formas enviadas por correo deben ser notariadas.

NOTA: Solamente las formas enviadas por correo deben ser notariadas.

STATE OF _____ COUNTY OF _____

Before me, a Notary Public, on this day personally appeared _____, known to me to be the person whose name is subscribed to the within instrument, and acknowledged to me that he or she executed the same for purposes and consideration therein expressed.

Signature of Notary

Commission Expires

Por favor devuelva el formulario completado y firmado a:
El Paso City Employees' Pension Fund
400 W. San Antonio, Ste. B
El Paso, TX 79901