

**PENSION PLAN FOR AGRICULTURAL EMPLOYEES OF MEMBER EMPLOYERS OF THE  
(PLAN DE PENSION PARA EMPLEADOS AGRICOLAS DE LAS EMPRESAS MIEMBROS DE)  
CALIFORNIA GROWER FOUNDATION**

**ENROLLMENT FORM  
FORMA DE ENROLAMIENTO**

**Social Security No.** \_\_\_\_\_ **Name of Employer** \_\_\_\_\_  
No. de Seguro Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Nombre del Empleador \_\_\_\_\_

**Employee's Name** \_\_\_\_\_  
Nombre del Empleado \_\_\_\_\_

<b>Last/Apellido</b>	<b>First/Nombre</b>	<b>Middle/Segundo Nombre</b>
----------------------	---------------------	------------------------------

**Mailing Address** \_\_\_\_\_  
Domicilio del Empleado \_\_\_\_\_

<b>Street/Calle</b>	<b>City/Ciudad</b>	<b>State/Estado</b>	<b>Zip/Zona</b>
---------------------	--------------------	---------------------	-----------------

<b>Sex/Sexo: Male/Masculino ( )</b>	<b>Marital Status/Estado Civil: Single/Soltero ( )</b>
<b>Female/Femenino ( )</b>	<b>Married/Casado ( )</b>

**Date of Birth/Fecha de Nacimiento** \_\_\_\_\_ **Telephone Number/Número de Teléfono ( )** \_\_\_\_\_

**MARRIED PARTICIPANTS MUST DESIGNATE SPOUSE AS BENEFICIARY AND PROVIDE ALL INFORMATION.  
SINGLE PARTICIPANTS CAN DESIGNATE THEIR NATURAL OR ADOPTED CHILDREN AND MUST PROVIDE NAMES AND  
ADDRESSES.**

PLEASE PROVIDE SOCIAL SECURITY NUMBER AND DATE OF BIRTH IF KNOWN.  
**PARTICIPANTES CASADOS DEBEN DESIGNAR SU CONYUGE COMO BENEFICIARIO Y PROVEER TODA LA INFORMACION.  
PARTICIPANTES SOLTEROS PUEDEN DESIGNAR SUS HIJOS NATURAL O ADOPTADOS Y DEBEN PROVEER NOMBRES Y  
DOMICILIOS.**

FAVOR DE PROVEER EL NUMERO DE SEGURO SOCIAL Y FECHA DE NACIMIENTO SI LO SABEN.

<b>Last Name/Apellido</b>	<b>First Name/Nombre</b>	<b>Middle/Segundo Nombre</b>	<b>Relationship/Parentesco</b>
---------------------------	--------------------------	------------------------------	--------------------------------

<b>Street/Numero y Calle</b>	<b>City/Ciudad</b>	<b>State/Estado</b>	<b>Zip/Zona</b>
------------------------------	--------------------	---------------------	-----------------

**Social Security No./No. de Seguro Social** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ **Date of Birth/Fecha de Nacimiento** \_\_\_\_\_

**I certify that the answers and statements are true and correct to the best of my knowledge.** Yo certifico que las respuestas y declaraciones son verdaderas y correctas a lo mejor de mi conocimiento.

\_\_\_\_\_  
**Employee's Signature/Firma del Empleado**

\_\_\_\_\_  
**Date/Fecha**

**Note: Completion of this form does not indicate you are 100% vested. Please refer to your Pension Plan Summary for vesting information.**

**Nota: Al completar esta forma no indica que usted esta 100% (vested) calificado. Favor de referirse a su Sumaria del Plan de Pensión para información como calificar.**

**For questions please call/Para preguntas favor de llamar a:** CALIFORNIA GROWER FOUNDATION 176 Main Street, Suite C, St. Helena, CA 94574 Telephone (707) Napa County 963-7191 Sonoma County 544-9420 Fax 963-5728

Original to CGF • Yellow to Employer • Pink to Employee

Revised 10/26/06