



Plan de Anualidad de los Obreros para el Norte de California

5672 Stoneridge Dr, Suite 100, Pleasanton, CA 94588 • Teléfono: (707) 864-2800 • Gratuito: 1-(800) 244-4530

SOLICITUD DE BENEFICIOS

INSTRUCCIONES

- A. Lea cada pregunta atentamente y responda a todas las preguntas aplicables para evitar demoras al procesar su solicitud.
- B. Use LETRAS DE MOLDE en tinta o mecanografié toda la información.
- C. Adjunte hojas adicionales si necesita más espacio para responder a cualquier pregunta.

- D. Asegúrese de firmar y fechar la solicitud – vea la PARTE E.
- E. Envíe por correo la solicitud completada y prueba de edad a la Oficina del Fondo.

NINGÚN SINDICATO, EMPLEADOR U OTRA OFICINA ESTÁN AUTORIZADOS PARA ACEPTAR O RECIBIR LA SOLICITUD A NOMBRE DEL FONDO.

PARTE A. INFORMACIÓN PERSONAL

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	NOMBRE (APELLIDO)	NOMBRE DE PILA	SEGUNDO NOMBRE
DIRECCIÓN FÍSICA		CIUDAD	ESTADO CÓDIGO POSTAL
FECHA DE NACIMIENTO ADJUNTE PRUEBA DE EDAD	NO. SINDICATO LOCAL	NO. TELÉFONO	
ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> CASADO (si es Sí, complete la información del CÓNYUGE ACTUAL más adelante)		<input type="checkbox"/> SOLTERO	
NOMBRE DEL CÓNYUGE ACTUAL		FECHA DE NACIMIENTO ADJUNTE PRUEBA DE EDAD	FECHA DEL MATRIMONIO ADJUNTE CERTIFICADO DE MATRIMONIO
NOMBRE DEL EX CÓNYUGE		FECHA DE MATRIMONIO	FECHA DE SEPARACIÓN

INSTRUCCIONES RESPECTO A LA PRESENTACIÓN DE LAS PRUEBAS DE EDAD

Las pruebas de edad aceptable están detalladas más adelante en dos grupos. Presente una fotocopia de una de las pruebas listadas en el Grupo 1, si la tiene, o pueda posiblemente obtenerla, ya que esta clase de prueba es más convincente.

Si no puede presentar una prueba en la clasificación del Grupo 1, presente fotocopias de dos (2) de las pruebas listadas en el Grupo 2. No obstante, se le advierte que los Documentos de Naturalización, los Pasaportes de los Estados Unidos y los Documentos de Inmigración NO PUEDEN SER FOTOCOPIADOS. Si está presentando alguno de éstos, tiene que presentar el original, el mismo le será devuelto. Pueden solicitarse pruebas de edad adicionales si los documentos que presenta no constituyen prueba convincente de su edad.

GRUPO 1

1. Una partida de nacimiento.
2. Un certificado bautismal o declaración sobre la fecha de nacimiento que aparece en los archivos de la iglesia, certificada por el custodio de dichos archivos.
3. Notificación del registro del nacimiento en el registro público de estadísticas vitales.
4. Certificación del registro de edad por la Oficina del Censo de EE.UU.
5. Registros de nacimiento del hospital, certificados por el custodio de dichos registros.
6. Un registro de una iglesia o gobierno extranjeros.
7. Una declaración firmada por el médico o matrona que estaba presente en el nacimiento, en cuanto a la fecha mostrada en sus registros.
8. Registro de Naturalización. (No es aceptable una fotocopia, presente el original).
9. Documentos de inmigración. (No es aceptable una fotocopia, presente el original).
10. Carta de la Administración del Seguro Social certificando su edad según aparece en sus registros.

GRUPO 2

11. Registro militar.
12. Pasaporte. (No es aceptable una fotocopia, presente el original).
13. Registros escolares, certificados por el custodio de dichos registros.
14. Registro de vacunación, certificado por el custodio de dicho registro.
15. Una póliza de seguro que muestre la edad o fecha de nacimiento.
16. Registros de matrimonio que muestren la fecha de nacimiento o edad (solicitud de licencia de matrimonio o registro de la iglesia, certificados por el custodio de dichos registros, o el certificado de matrimonio).
17. Otras pruebas tales como declaraciones firmadas por personas que tengan conocimiento de su fecha de nacimiento.
18. Licencia de Conducir

PARTE B. INFORMACIÓN DE JUBILACIÓN

Marque uno de los siguientes que aplique en su caso y complete la información solicitada.

- | | |
|--|--|
| 1. <input type="checkbox"/> Estoy o pronto estaré recibiendo una pensión del Fondo Fideicomiso de los Obreros para el Norte de California. | FECHA EN QUE SE JUBILÓ O PLANEA JUBILARSE: |
| 2. <input type="checkbox"/> Estoy totalmente y permanentemente incapacitado y he establecido el derecho a un Beneficio de Incapacidad del Seguro Social. | FECHA EN LA QUE SE INCAPACITÓ: |

NATURALEZA DE LA INCAPACIDAD: (Favor de adjuntar una copia de su Certificado de Adjudicación de Incapacidad del Seguro Social).

- | |
|---|
| 3. <input type="checkbox"/> He alcanzado la edad de 65 y, a mi mejor saber, no se han hecho contribuciones a mi Cuenta Individual por tres meses consecutivos. |
| 4. <input type="checkbox"/> He trabajado menos de 500 horas para empleadores individuales por las que se hicieron o se requirieron hacer contribuciones a mi Cuenta Individual en cada uno de dos años calendarios consecutivos. |
| 5. <input type="checkbox"/> He trabajado menos de 1000 horas para empleadores individuales por las que se hicieron o se requirieron hacer contribuciones a mi Cuenta Individual en el periodo de 24 meses consecutivos previo a la Fecha de Inicio de la Anualidad. |

¿Cuándo trabajó por última vez en cualquier empleo por el que se hicieron contribuciones al Plan a su nombre?:

Nombre del
último Empleador
Individual contribuyente:

Dirección del último
Empleador Individual contribuyente:

Nombre del
Empleador actual (si lo hay):

Dirección del
Empleador actual:

PARTE C. OPCIONES DE PAGO

Si usted ha estado casado legalmente durante todo el periodo de un año que termina en la fecha de inicio de su anualidad, su porción acumulada será pagada en forma de una anualidad conjunta y de sobreviviente a menos que usted opte por renunciar a esa forma de anualidad y su cónyuge haya consentido a dicha elección. Una anualidad conjunta y de sobreviviente calificada que continúa durante la vida de su cónyuge que es el 50% o el 75% de la anualidad pagadera durante las vidas conjuntas del participante y su cónyuge. Por favor lea y complete la Parte D de este formulario si le aplica a usted.

Si no califica para la anualidad conjunta y de sobreviviente, o si ha optado por renunciar a esa forma de beneficio, con el consentimiento de su cónyuge, su porción acumulada puede ser pagada en una de varias formas. Favor de su forma de pago seleccionada entre una de las siguientes opciones más adelante. Estas cantidades son sólo estimadas y tienen la intención de ilustrar el valor relativo de los pagos de anualidad que puede recibir para permitirle a usted y a su cónyuge tomar una decisión fundamentada con respecto a sus beneficios conforme al Plan de Anualidad. SI elige la opción número 4 o 5, los estimados serán proporcionados después del recibo de su elección en la Oficina del Fondo.

1. PAGO DE SUMA GLOBAL **\$0.00** (El balance total de la cuenta será pagado en un pago de una sola vez de la suma global)
*** Se aplicará un **20% de Retención Federal Obligatoria** a cualquier pago mayor de \$199.99. El balance que se muestra puede que no incluya el interés que está pendiente a ser aplicado a su Cuenta Individual.

Si la cantidad de la suma global indicada anteriormente es menor de \$5,000.00, no necesita completar la PARTE D y notarizar la solicitud. A usted se le pagará un beneficio de una suma global. Si su beneficio es \$5,000.00 o más y usted eligió el pago en una suma global con el consentimiento de su cónyuge, complete la PARTE D y notarice la solicitud.

2. PENSIÓN DE UNA SOLA VIDA \$_____ (El beneficio mensual es pagadero a usted por vida con los pagos restantes garantizados a su beneficiario si usted muere antes de recibir 60 pagos mensuales).
 3. 50% PENSIÓN CONJUNTA Y DE SOBREVIVIENTE - 75% PENSIÓN CONJUNTA Y DE SOBREVIVIENTE \$_____ Beneficio mensual pagadero a usted de por vida
\$_____ Beneficio mensual pagadero por toda la vida de su cónyuge sobreviviente, pagadero el mes siguiente a su muerte.)
 4. PAGO COMBINADO DE ANUALIDAD Y SUMA GLOBAL
PAGO DE SUMA GLOBAL de \$_____, y el resto de la cuenta por pagar como una _____ anualidad. (Indique la cantidad de la suma global y la opción de pago por el resto de su cuenta).
 5. ANUALIDAD VITALICIA POR TIEMPO GARANTIZADO
Este formulario dispone pagos mensuales que comienzan en la jubilación y continúan durante toda la vida del Participante, con un mínimo de 60, 120 o 180 pagos mensuales garantizados. Mientras el número mínimo de pagos sea menor, mayor es la cantidad del beneficio.
- 60 PAGOS GARANTIZADOS 120 PAGOS GARANTIZADOS 180 PAGOS GARANTIZADOS

PARTE D. ANUALIDAD CONJUNTA Y DE SOBREVIVIENTE CALIFICADA FORMULARIO DE RENUNCIA

Sección I. DECLARACIÓN DEL EMPLEADO

Yo, opto por renunciar a mi derecho a recibir mis beneficios de anualidad en la forma de una anualidad de un 50%. Entiendo que mi renuncia de esta forma de anualidad significa que ningún beneficio será pagado por el Plan de Anualidad a mi cónyuge después de mi muerte, excepto en la medida que los beneficios de muerte sean pagaderos conforme a otra opción que seleccione.

Mediante la presente declaro so pena de perjurio conforme a las leyes del Estado de California que: (□ marque uno)

- No he estado** casado legalmente durante todo el periodo de un año que termina en la fecha de inicio de mi anualidad.
- La persona que firma este formulario más adelante **ha sido** mi cónyuge legal a través del periodo de un año que termina en la fecha de inicio de mi anualidad.

Número de Seguro Social del Cónyuge _____

Firma _____ Fecha _____

Sección II. DECLARACIÓN DEL CÓNYUGE

Yo, _____, declaro so pena de perjurio conforme a las leyes del Estado de California que he sido el cónyuge legal del empleado nombrado anteriormente durante todo el periodo de un año que termina en la fecha de inicio de su anualidad. Por la presente consiento a la elección de mi cónyuge de renunciar a su derecho a recibir sus beneficios de anualidad en la forma de una Anualidad Calificada Conjunta y de Sobreviviente del 50%. Entiendo que como resultado de eso, no se me pagará una anualidad del Plan de Anualidad después de la muerte de mi cónyuge, excepto en la medida de los beneficios de muerte pagaderos conforme a otra opción seleccionada por mi cónyuge. Además reconozco que debido a la elección de mi cónyuge, la anualidad pagada a mi cónyuge mientras él/ella esté vivo/a será más alta que lo que hubiera sido si hubiera tenido la protección de sobreviviente del 50%.

Número de Seguro Social del Cónyuge _____

Firma _____ Fecha _____

Información Respecto a la Anualidad del Cónyuge Sobreviviente

Es importante que entienda que las condiciones siguientes se aplican cuando hace su selección respecto a la Anualidad Calificada Conjunta y de Sobreviviente:

1. Si elige la Anualidad Calificada Conjunta y de Sobreviviente, su Cuenta Individual será usada para comprar el contrato de seguro para proporcionar los beneficios de anualidad vitalicios que paga. El nivel de beneficios mensuales en el valor de mercado de la cantidad en su cuenta y los precios de anualidad de la compañía de seguros el día en que se hace la compra.
2. La compañía de seguros que emite el contrato de anualidad será exclusivamente responsable de pagar todos los beneficios adeudados conforme al mismo, y por todos los otros asuntos de la interpretación y administración del contrato de anualidad. El Plan de Anualidad no pagará ninguno de los beneficios de la anualidad ni estará implicado en asuntos administrativos.
3. Su derecho y recursos, y aquellos de su cónyuge estarán detallados en el contrato de seguro.

LA CERTIFICACIÓN A CONTINUACIÓN TIENE QUE SER COMPLETADA POR UN NOTARIO PÚBLICO O UN REPRESENTANTE AUTORIZADO DEL FONDO ANTES DE DEVOLVER ESTE FORMULARIO AL FONDO SOLAMENTE SI HA COMPLETADO LA PARTE D.

En el _____ día de _____ de _____ ante mí, (Un Representante del Fondo), personalmente comparecieron _____, y _____, que conozco personalmente (o me lo comprobaron en base a pruebas satisfactorias) ser la(s) persona(s) cuyo(s) nombre(s) está(n) suscrito(s) en la declaración anterior y me reconocieron que él/ella/ellos ejecutó/ejecutaron el mismo.

Representante del Fondo

SU SOLICITUD TIENE QUE ESTAR FIRMADA PARA SER VÁLIDA

PARTE E. FIRMA DEL SOLICITANTE

Mediante la presente solicito los beneficios del Plan de Anualidad de los Obreros para el Norte de California. Las declaraciones anteriores son verdaderas a mi mejor saber y entender. Entiendo que una declaración falsa puede descalificarme para los beneficios de la Anualidad, y que la Junta de Fideicomisarios tendrá el derecho de recuperar los pagos que me hicieron debido a una declaración falsa. Reconozco que he leído las Reglas y Reglamentos del Plan y que cualquier pregunta que haya tenido respecto a los mismos me ha sido respondida.

--- FAVOR DE LEER ANTES DE FIRMAR ---

TENGA EN CUENTA, SU FORMA DE PAGO SELECCIONADA ES FINAL AL RECIBO DE SU SOLICITUD POR LA OFICINA DEL FONDO. **NO SE PUEDEN REALIZAR CAMBIOS A SU ELECCIÓN UNA VEZ QUE LA DISTRIBUCIÓN HA SIDO PROCESADA.** POR FAVOR ASEGÚRESE DE VERIFICAR SU SELECCIÓN ANTES DE DEVOLVER ESTA SOLICITUD.

Firma:

Fecha:

SU SOLICITUD SERÁ ACEPTADA Y USTED SERÁ NOTIFICADO POR ESCRITO SOBRE LA DECISIÓN HECHA POR LA JUNTA DE FIDEICOMISARIOS EN SU SOLICITUD.



Plan de Anualidad de los Oberos para el Norte de California

5672 Stoneridge Dr, Suite 100, Pleasanton, CA 94588 • Teléfono: (707) 864-2800 • Gratuito: 1-(800) 244-4530

FORMA PARA ELECCIÓN DE TRASFERENCIA

IMPORTANTE

Antes de completar este formulario, debe leer el Aviso fiscal especial con respecto a los pagos del plan cuidadosamente. También puede consultar a su asesor impositivo antes de realizar esta elección.

Participante Nombre/Cónyuge Sobreviviente Nombre

A horizontal row of ten empty rectangular boxes. The fourth and eighth boxes are filled with a dark gray color, while the others are white.

Numero de Seguro Social

Dirección

A horizontal row of 20 empty square boxes for writing, used for a handwriting practice exercise.

Ciudad

Estado

Código Postal

Si recibirá una parte o la totalidad de sus beneficios como una "distribución de transferencia elegible", puede optar por transferir parte o la totalidad de esa distribución directamente a una cuenta individual de jubilación (IRA) o a otro plan de jubilación calificado (si acepta reinversiones) . Si elige no transferir una distribución de transferencia elegible directamente a una cuenta IRA u otro plan de jubilación, se requiere que el Plan retenga el 20 por ciento del pago del impuesto federal a la renta. Esta retención no aumenta sus impuestos, pero se acreditará contra cualquier impuesto a la renta que deba. (Para obtener más información sobre reinversiones directas y retención, lea el Aviso fiscal especial relacionado con los pagos del plan que el plan le ha asignado).

Marque abajo para indicar si quiere elegir una transferencia directa de su pago de pensión:

NO QUIERO transferir nada de mi pago a un IRA u otro plan de jubilación calificado. Páguenme la cantidad total de mis beneficios, después de retención de impuestos aplicables.

FIRMA: _____ **FECHA** _____

SI QUIERO transferir mi pago directamente a un IRA o otro plan de jubilación calificado cual acepta transferencias. El IRA o otro plan de jubilación esta nombrado al reverso de esta página.

Quiero transferir directamente nomas **PARTES** de mi pago. Por favor transfiere \$ _____ al IRA o plan de jubilación nombrado al reverse de esta página, y páguenme el resto de mi beneficio a mi, después de retención de impuestos aplicables.

CERTIFICACIÓN

Si eligió una transferencia directa de todo o parte de su beneficio, lea la siguiente declaración, proporcione toda la información y firme a continuación:

Yo certifico que el destinatario de una transferencia directa que he nombrado a continuación es una Cuenta de Retiro Individual, una Anualidad de Retiro Individual, o un plan de jubilación calificado que acepta reinversiones. Entiendo que el pago de mis beneficios al fiduciario del IRA o plan de jubilación calificado liberará a los Fideicomisarios del Plan de Anualidades de los Obreros del Norte de California de cualquier otra obligación o responsabilidad con respecto a los beneficios así pagados.

Por favor haga pagos de mis beneficios por mi parte a:

Nombre de IRA Fideicomisario o Plan de Jubilación Calificado

Numero de Cuenta

Dirreción

A horizontal row of 20 empty square boxes, likely for drawing or writing, arranged in a single row.

Ciudad

Estado

Código Postal

Firma