Plan de Anualidad de los Oberos para el Norte de California
220 Campus Lane, Fairfield, CA 94534-1498 • 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 mecanografíe 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: ☐ CASADO (si es SÍ, complete la información del CÓNYUGE ACTUAL más adelante) ☐ SOLTERO

NOMBRE DEL CÓNYUGE ACTUAL	FECHA DE NACIMIENTO ADJUNTE PRUEBA DE EDAD	FECHA DEL MATRIMONIO ADJUNTE CERTIFICADO DE MATRIMONIO

Si marcó "CASADO", ¿estuvo usted legalmente casado con alguien que no fuera su cónyuge actual el 1 de ABRIL DE 1985 o en cualquier momento de ahí en adelante? Si marcó "SOLTERO", ¿estuvo casado legalmente con alguien el 1 de ABRIL DE 1985 o en cualquier momento de ahí en adelante?

☐ **SÍ** (si es SÍ, complete la información de EX CÓNYUGE(S) más adelante por cada matrimonio y adjunte copias del Fallo Interlocutorio y Final de Disolución de Matrimonio y cualquier otra orden judicial que afecte su cuenta de Anualidad. ☐ **NO**

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 ésos, 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. ☐	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. ☐	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. ☐ 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. ☐ 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. ☐ 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 **-O -** ☐ 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.

☐ **He estado** legalmente casado, pero no puedo localizar a mi cónyuge.

☐ 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.

FONDO FIDEICOMISO DE SALUD Y BIENESTAR DE LOS OBREROS DEL NORTE DE CALIFORNIA
FONDO FIDEICOMISO DE VACACIÓN-FERIADO DE LOS OBREROS DEL NORTE DE CALIFORNIA
FONDO FIDEICOMISO DE LA PENSIÓN DE LOS OBREROS PARA EL NORTE DE CALIFORNIA
PLAN DE ANUALIDAD DE LOS OBREROS PARA EL NORTE DE CALIFORNIA
220 Campus Lane, Fairfield, CA 94534-1498 * Teléfono: (707) 864-2800 o Gratuito al 1-800-244-4530
Correo Electrónico: customerservice@norcalaborers.org * Sitio Web: http://www.norcalaborers.org

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Parte I. INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE (Favor de escribir claramente en letras de molde en tinta)

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	NOMBRE: DE PILA	SEGUNDO	APELLIDO

DIRECCIÓN POSTAL	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

No. TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO, SI HAY	NO. SINDICATO LOCAL	☐ Cuando sea posible prefiero recibir información de beneficios en español.

FECHA DE NACIMIENTO MES DÍA AÑO	SEXO	ESTADO CIVIL MES DÍA AÑO
/ /	☐MASCULINO ☐FEMENINO	☐SOLTERO ☐CASADO – Dé la fecha de Matrimonio: / /

Parte II. INFORMACIÓN DE DEPENDIENTES

IMPORTANTE: Liste a todos los "Dependientes Elegibles" a ser inscritos en el Plan de Salud y Bienestar. El término "Dependientes Elegibles" significa su cónyuge legal, sus hijos menores de 26 años sin importar el estado civil, y sus hijos solteros de 26 años o mayores que estén totalmente incapacitados como se explica en el Plan. A menos que los documentos se hayan suministrados previamente, a usted se le requiere enviar por correo el(los) documento(s) pertinente(s) a la Oficina del Fondo Fideicomiso para confirmar su parentesco con su(s) dependiente(s):
CÓNYUGE – Certificado de Matrimonio
HIJO NATURAL– Certificado de Nacimiento HIJO ADOPTADO – Certificado de Nacimiento y documento legal de adopción
HIJASTRO – Certificado de Nacimiento
TUTELA LEGAL – Documentos de tutela o documentos de un Tribunal nombrándole tutor legal
Escriba su número de seguro social en cada uno de los documentos para fines de identificación. Favor de notificar a la Oficina del Fondo si los documentos no están disponibles.
Para la información de inscripción de un compañero doméstico, favor de leer al dorso la información y los documentos requeridos.

NOMBRE – ESCRIBA EL NOMBRE DE PILA Y LA INICIAL INTERMEDIA (Y EL APELLIDO SI ES DIFERENTE AL SUYO)	FECHA DE NACIMIENTO MES/DÍA/AÑO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	PARENTESCO CON EL DEPENDIENTE
1.			☐CÓNYUGE ☐COMPAÑERO DOMÉSTICO
2.			☐HIJO ☐HIJA
3.			☐HIJO ☐HIJA
4.			☐HIJO ☐HIJA
5.			☐HIJO ☐HIJA

Anualidad Solamente

Este formulario será devuelto si no proporciona la fecha de nacimiento y número de Seguro Social del dependiente.

Parte III. INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO – DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO

1. **Fondos Fideicomisos de Salud y Bienestar de Vacación y Feriado –** Usted puede designar a cualquier beneficiario que desee. Cualquier beneficio pagadero de estos fondos será pagado a su beneficiario nombrado.
2. **Fondo Fideicomiso de la Pensión y Plan de Anualidad –** Si está casado, cualquier beneficio adeudado será pagado a su cónyuge sobreviviente, y no a su beneficiario nombrado si no es su cónyuge, de acuerdo con las disposiciones de los Planes de Pensión y Anualidad. Comuníquese con la Oficina del Fondo o consulte sus folletos del Plan para más información respecto al pago de beneficios al beneficiario.

Si desea designar a más de una persona para uno o más de los Fondos, no complete esta sección. Marque este encasillado ☐ para recibir el formulario apropiado necesario.

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	NOMBRE: DE PILA	SEGUNDO	APELLIDO	PARENTESCO

DIRECCIÓN POSTAL	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

Parte IV. OTRA INFORMACIÓN DE SEGURO

¿Alguno de sus dependientes listados al dorso de este formulario tiene otra cobertura de un Plan médico, de medicamentos con receta, dental y/o de la vista, patrocinado por un empleador ya sea como empleado o como dependiente? ☐No ☐Sí

Si respondió "No", omita la sección IV. Si respondió "Sí", complete la sección IV. Si tiene más de un dependiente que tiene otro Plan patrocinado por un empleador, haga una fotocopia de la sección IV y complete la sección para cada dependiente.

Nombre del Asegurado o titular de la póliza	Parentesco con el Participante
Número de Seguro Social o número de identificación del Asegurado	Nombre del empleador que proporciona la cobertura

TIPO DE BENEFICIOS PROPORCIONADOS	NÚMERO DE PÓLIZA	FECHA DE EFECTIVIDAD	¿DEPENDIENTES CUBIERTOS?
NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL PLAN MÉDICO			☐ SÍ ☐ NO
NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL PLAN DENTAL			☐ SÍ ☐ NO
NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL PLAN DE MEDICAMENTOS CON RECETA			☐ SÍ ☐ NO
NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN A LA VISTA			☐ SÍ ☐ NO

No Aplicable

Parte V. INFORMACIÓN DEL COMPAÑERO DOMÉSTICO

Para determinar si su Compañero Doméstico cumple con el requisito del Plan para cobertura de Compañeros Domésticos, favor de proporcionar la información a continuación. Para inscribir a los hijos de su Compañero Doméstico, si los hay, tiene que proporcionar los documentos pertinentes como están listados en la sección de Información del Dependiente de este formulario.

Una declaración por escrito de su empleador que certifique que el empleador tiene un contrato de empleo con la Ciudad o el Condado de San Francisco, la Ciudad de Oakland, la Ciudad de Sacramento, el Condado de San Mateo o el Estado de California. Si el empleador ha celebrado un contrato con el Estado de California, ellos también tienen que certificar que la cantidad acumulativa del contrato es $100,00o o más durante el año fiscal del Estado.

Si su empleador certifica que ellos están haciendo negocios o han celebrado un contrato con la Ciudad o el Condado de San Francisco, la Ciudad de Oakland o la Ciudad de Sacramento, usted tiene que proporcionar una copia del certificado de su Compañero Doméstico emitido por cualquier ciudad, condado o agencia estatal o,

Si su empleador certifica que están haciendo negocios o han celebrado un contrato de empleos con el **Condado de San Mateo o el Estado de California,** usted y su compañero tienen que estar registrados como compañeros domésticos ante el **Secretario de Estado** de California, obtener un certificado de compañeros domésticos de la oficina del Secretario de Estado y proporcionar una copia a la oficina del Fondo. Favor de tener en cuenta que el recién promulgado Anteproyecto de Ley de la Asamblea 17 se aplica al **Condado de San Mateo y al Estado de California.** AB 17 requiere que los empleadores proporcionen beneficios a compañeros del **mismo sexo** solamente. Hay una excepción para compañeros del sexo opuesto si usted o su compañero son mayores de 62 años de edad.

DECLARACIÓN DEL PARTICIPANTE – TIENE que fechar y firmar el formulario

Mediante la presente certifico so pena de perjurio conforme a las leyes del Estado de California que la información proporcionada en este formulario es verdadera, correcta y completa a mi mejor saber.

FECHA: FIRMA: