



WESTERN WASHINGTON GLAZIERS PENSION TRUST

SOLICITUD DE BENEFICIOS DE JUBILACIÓN POR INCAPACIDAD

1. Lea detenidamente cada pregunta.
2. Escriba con letra de imprenta o a máquina toda la información.
3. Asegúrese de responder a todas las preguntas pertinentes para evitar retrasos en el procedimiento de su solicitud.
4. Adjunte hojas adicionales si necesita más espacio para responder a alguna pregunta.
5. **ASEGÚRESE DE FIRMAR Y FECHAR ESTA SOLICITUD.**
6. La solicitud debe presentarse antes del primer mes en el que vaya a comenzar su jubilación.
7. Envíe por correo la solicitud completada y la prueba de edad a la dirección que aparece al final de esta página.

1. Nombre _____	Apellido _____	Nombre _____	Segundo nombre _____
Nombre anterior (si lo hubiera) _____		Fecha de cambio _____	
2. Número de Seguro Social _____	3. Número de teléfono _____		
4. Domicilio postal _____	Número y calle _____	Ciudad _____	Estado _____ Código postal _____
5. Sindicato local _____	6. Género: Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>	7. Fecha de nacimiento _____ <small>(Adjuntar prueba de edad, ver página 2)</small>	
8. Estado civil: Por favor, complete la CERTIFICACIÓN DE ESTADO CIVIL adjunta.			
9. Nombre de su cónyuge actual _____	Apellido _____	Nombre _____	Segundo nombre _____
10. Número de Seguro Social de su cónyuge _____	Fecha de nacimiento de su cónyuge _____		
Fecha de matrimonio _____ <small>(Adjuntar copia del certificado de matrimonio)</small>			

De conformidad con los términos de Western Washington Glaziers Retirement Plan, por la presente solicito beneficios de jubilación por incapacidad.

Si solicita beneficios por incapacidad y no califica, puede convertir esto en una solicitud de jubilación temprana siempre que sea elegible para los beneficios de jubilación temprana.

Si solicita beneficios por incapacidad y no califica, puede convertir esto en una solicitud de jubilación temprana siempre que sea elegible para los beneficios de jubilación temprana.

12. Nombre del empleador actual o más reciente: _____

13. El último día que trabajé en un empleo cubierto fue o será el _____

14. Por la presente solicito que mi jubilación entre en vigor el primer día de _____

NOTA: La fecha de vigencia de su jubilación no puede ser anterior a la fecha en que deje de trabajar como Vidriero o anterior a los tres meses previos a la fecha en que se reciba esta solicitud en la Oficina Administrativa. Los requisitos de elegibilidad para los beneficios de jubilación por incapacidad incluyen cumplir con la definición de incapacidad total y permanente durante al menos seis meses antes de la fecha de vigencia de su jubilación.

15. Si se determina que soy elegible, estoy interesado en inscribirme en el Plan Médico para Jubilados. Entiendo que debo pagar una prima mensual. SÍ NO

16. ¿Está recibiendo beneficios de algún otro Plan de Jubilación debido a su empleo como Vidriero? SÍ NO

POR FAVOR, LEA DETENIDAMENTE

Entiendo y acuerdo que es mi responsabilidad enviar toda la información necesaria para establecer mi elegibilidad para los beneficios de este Plan y que esta solicitud puede cancelarse mediante una solicitud por escrito presentada a la Oficina Fiduciaria antes de su fecha de vigencia. Certifico que la información en este formulario es verdadera y precisa a mi leal saber y entender.

También autorizo la divulgación de mis registros médicos al Agente Administrativo con el fin de determinar los beneficios que se me pagarán según las estipulaciones de este Plan o de cualquier otro Plan. Soy personalmente responsable de cualquier gasto incurrido al proporcionar esta información.

Entiendo que las condiciones de mi jubilación se rigen por las normas y reglamentos del Plan.

Entiendo que, en caso de pago en exceso de mis beneficios de jubilación, los Fideicomisarios tienen derecho a recuperar cualquier cantidad que se me haya pagado en exceso.

Si no aparece información en la sección del cónyuge anteriormente, certifico que no estoy casado.

Firma del solicitante

Fecha

VERIFICACIÓN DE LA EDAD

Para proceder con su solicitud, se requiere una copia de su acta de nacimiento y la de su cónyuge o beneficiario, junto con una prueba de su matrimonio.

IMPORTANTE: Si el nombre que figura en su acta de nacimiento o en la de su cónyuge o beneficiario es diferente de sus nombres actuales, también debe presentar una copia de la orden judicial, certificado de matrimonio, declaración jurada u otro documento que demuestre el cambio de nombre.

Si no puede obtener una copia de cualquiera de los certificados de nacimiento, debe presentar DOS ARTÍCULOS de los siguientes documentos para cada persona que no tenga un certificado de nacimiento. Tenga en cuenta que los documentos presentados deben mostrar una fecha de nacimiento:

Certificado de bautismo

Documentos de ciudadanía o naturalización

Registros o información obtenida del Departamento del Censo de los EEUU

Pólizas de seguro de vida contratadas al menos 10 años antes de la fecha de jubilación

Información del Seguro Social

Registros de las Fuerzas Armadas de los EEUU

Registros escolares establecidos antes de cumplir los 21 años

Pasaporte

Licencia de conducir con fotografía

Registros de matrimonio que muestren la fecha de nacimiento

Registros de servicio civil

HISTORIAL DE AFILIACIÓN SINDICAL

Nombre: _____ Número de Seguro Social: _____

Enumere todas las afiliaciones al Sindicato, empezando por su Sindicato local más reciente o actual y retrocediendo hasta su fecha de iniciación. Asegúrese de incluir el tiempo pasado en el ejército, en otras zonas y fuera de la industria.

Por favor, escriba con letra de imprenta o a máquina la siguiente información:

CUESTIONARIO MÉDICO

1. Nombre completo _____
Apellido _____ Nombre _____ Segundo nombre _____
2. Número de Seguro Social _____
3. Describa su incapacidad: _____

4. ¿Cuál fue la causa de su incapacidad? _____

5. ¿En qué fecha quedó incapacitado? _____
6. ¿Cuál fue su última fecha de empleo? _____ Mes _____ Día _____ Año _____
7. ¿Su condición de incapacidad le causó el cese de su empleo? SÍ NO
Si la respuesta es SÍ, describa brevemente las circunstancias.: _____

8. ¿Es capaz de realizar alguna de las tareas u ocupación cubiertas por el último acuerdo laboral bajo el cual trabajó?
SÍ NO
Si la respuesta es SÍ, describa qué funciones u ocupación: _____
9. ¿Ha preguntado a su Sindicato o a su Empleador sobre otros empleos? SÍ NO
Si la respuesta es SÍ, describa los resultados: _____

10. Enumere todos los trabajos o tareas que ha realizado en esta industria: _____

CUESTIONARIO MÉDICO (*continuación*)

11. ¿Ha recibido alguna capacitación para cualquier otro trabajo o funciones en esta industria? SÍ NO

Si la respuesta es SÍ, describa la capacitación: _____

12. Describa el último trabajo que realizó para su Empleador: _____

13. ¿Por qué dejó su empleo con su Empleador? _____

14. Enumere toda su educación formal por niveles de grado:

Escuela	Nivel del grado	Años

15. Enumere toda la capacitación técnica o vocacional que haya recibido (incluida la capacitación de las Fuerzas Armadas):

Escuela	Competencia alcanzada	Años

16. Enumere y describa todas las demás funciones o actividades de tipo laboral adquiridas a través de la auto instrucción, aficiones o cosas similares: _____

Descripción del trabajo	Funciones	Años

17. Enumere todos los demás oficios, trabajos y profesiones en los que haya trabajado y las funciones que desempeñó en cada uno de ellos:

Descripción del trabajo	Funciones	Años

CUESTIONARIO MÉDICO (*continuación*)

18. ¿Es usted actualmente capaz de realizar alguno de los trabajos descritos anteriormente? SÍ NO

Si la respuesta es NO, por favor indique por qué: _____

19. ¿Ha solicitado los beneficios por incapacidad del Seguro Social Federal? SÍ NO

Si la respuesta es SÍ, ¿cuál fue la fecha de la solicitud?: _____

Si la respuesta es SÍ, ¿cuál es el estado de su solicitud: APROBADA DENEGADA PENDIENTE

¿Cuál fue la fecha de la concesión o denegación? _____

20. ¿Le han concedido o denegado beneficios a través del Departamento de Trabajo e Industrias del Estado?

SÍ NO

Si la respuesta es SÍ, adjunte copias de los formularios o cartas de concesión/denegación a este formulario de Solicitud de Beneficios por Incapacidad.

**ADJUNTE UNA COPIA DE CUALQUIER OTRO OTORGAMIENTO O DENEGACIÓN DE
BENEFICIOS POR INCAPACIDAD DE AGENCIAS ESTATALES O FEDERALES A ESTE
FORMULARIO DE SOLICITUD DE BENEFICIOS POR INCAPACIDAD.**

21. Otra información: _____

POR FAVOR, PROPORCIONE EL NOMBRE COMPLETO Y LA DIRECCIÓN DE SU(S) MÉDICO(S)

Enumere todos los médicos o proveedores médicos que le han tratado por la afección que considera incapacitante y la fecha de su última consulta. Por favor, copie este formulario si necesita más espacio.

Médico / Nombre del proveedor	Domicilio y número telefónico	Fecha de su última consulta
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		