



WESTERN WASHINGTON GLAZIERS PENSION TRUST

SOLICITUD DE BENEFICIO POR FALLECIMIENTO Declaración del beneficiario

DATOS DEL DIFUNTO/A:

Nombre _____ Apellido _____ Nombre _____ Segundo nombre _____
Nombre anterior (si lo hubiera) _____ Fecha del cambio _____

Domicilio postal _____ Número y calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Número de Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____

Sindicato local _____ Género: Hombre Mujer Fecha de fallecimiento _____

Estado civil: Casado Separado Divorciado Viudo Soltero
¿Estaba el difunto jubilado y recibía un beneficio de jubilación mensual del Western Washington Glaziers Retirement Plan?
SI NO

DATOS DEL BENEFICIARIO:

Nombre _____ Apellido _____ Nombre _____ Segundo nombre _____
Nombre anterior (si lo hubiera) _____ Fecha del cambio _____

Número de Seguro Social _____ Número de teléfono _____

Domicilio postal _____ Número y calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Fecha de nacimiento _____ Parentesco con el difunto _____

**ENVÍE FOTOCOPIAS DEL ACTA DE NACIMIENTO DEL MIEMBRO, SU ACTA DE
NACIMIENTO, SU IDENTIFICACIÓN CON FOTOGRAFÍA Y FIRMA Y UNA COPIA DEL
ACTA DE DEFUNCIÓN DEL MIEMBRO.**



WESTERN WASHINGTON GLAZIERS PENSION TRUST

Certifico y doy fe de que soy el beneficiario legal de:

Nombre del difunto _____ Apellido _____ Nombre _____ Segundo nombre _____

De conformidad con Western Washington Glaziers Retirement Plan, por la presente solicito el pago de los Beneficios por Fallecimiento a mí mismo como beneficiario del fallecido mencionado anteriormente.

Entiendo y acepto que es mi responsabilidad presentar todos y cada uno de los datos necesarios para establecer mi elegibilidad para recibir los Beneficios por Fallecimiento del Beneficiario en virtud del Western Washington Glaziers Retirement Plan.

He recibido una copia del folleto que contiene las disposiciones del Western Washington Glaziers Retirement Plan y entiendo que las condiciones de mi jubilación se rigen por dicho Plan, que puede ser modificado de vez en cuando.

Firma del solicitante _____

Fecha _____

Suscrito y jurado ante mí el día _____ de _____ de 20 _____

_____, Notario Público en y para el Estado de _____

residente en _____. Mi comisión expira el _____



WESTERN WASHINGTON GLAZIERS PENSION TRUST

Western Washington Glaziers Retirement Plan

SELECCIÓN RESPECTO A LA DISTRIBUCIÓN DE FONDOS ELEGIBLES PARA LA REINVERSIÓN

LEA ATENTAMENTE LA NOTIFICACIÓN FISCAL ESPECIAL ADJUNTA RESPECTO A LOS PAGOS DEL PLAN DETENIDAMENTE ANTES DE HACER UNA SELECCIÓN. Marque la Opción A si desea realizar una REINVERSIÓN DIRECTA a un plan de jubilación capacitado. Si selecciona la Opción A, también deberá completar el reverso de este formulario. Marque la opción B si desea que su distribución le sea PAGADA A USTED. Si no elige que su distribución se transfiera a otro plan de jubilación capacitado, puede estar sujeto al pago del impuesto federal sobre la renta sobre el pago de su suma global de jubilación. También puede estar sujeto a un impuesto especial sobre distribuciones prematuras. Consulte a su asesor fiscal o al Servicio de Impuestos Internos para más información.

A - REINVERSIÓN DIRECTA: Quiero que mi(s) pago(s) se emitan a un plan de jubilación o IRA calificado. POR FAVOR, EMITA MI(S) CHEQUE(S) EN NOMBRE DE:

DESTINATARIO:

Si selecciona la Opción A, también debe completar la página 4.

B - PAGADO A USTED: NO deseo que mi(s) pago(s) se emitan a un plan de jubilación calificado. Por favor, envíeme mis pagos directamente a mí. ENTIENDO QUE MIS PAGOS ESTARÁN SUJETOS A LA RETENCIÓN OBLIGATORIA DEL IMPUESTO FEDERAL SOBRE LA RENTA EN LA CANTIDAD DEL 20% DE LA DISTRIBUCIÓN TOTAL. SI DESEA UNA RETENCIÓN ADICIONAL, COMPLETE EL FORMULARIO W4R.

Al firmar a continuación, certifico que he leído y entiendo la información proporcionada en la NOTIFICACIÓN FISCAL ESPECIAL ADJUNTA CON RESPECTO A LOS PAGOS DEL PLAN.

Nombre del beneficiario (en letra de imprenta)

Número de Seguro Social

Firma del beneficiario

Fecha



WESTERN WASHINGTON GLAZIERS PENSION TRUST

SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN PARA EJECUTAR UNA REINVERSIÓN DIRECTA

Por la presente solicito y autorizo a dicho fideicomiso a que pague mi(s) pensión(es) al Fideicomiso o Institución Financiera que se indica a continuación para su depósito en mi número de cuenta _____.

Nombre (en letra de imprenta)

Número de Seguro Social

Domicilio postal

Ciudad, Estado, Código Postal

Firma del Beneficiario

Número de teléfono

LA MITAD INFERIOR DE ESTE FORMULARIO DEBE SER COMPLETADA POR UN REPRESENTANTE DEL FIDEICOMISO O DE LA INSTITUCIÓN FINANCIERA QUE RECIBE

Los términos de la solicitud y autorización anteriormente mencionadas bajo las cuales los pagos deben ser realizados por el Fondo Fiduciario a este Fideicomiso o Institución Financiera son anotados y aceptados por este Fideicomiso o Institución Financiera. El Fideicomiso nombrado a continuación es un IRA, Plan de Anualidad Código Sección 403(a) o Plan de Cotización Definida Calificado que acepta cotizaciones de reinversión.

Fechado este _____ día de _____ de 20 _____

Cheque(s) a pagarse a (Nombre del fideicomiso o institución financiera que recibe)

Domicilio postal

Ciudad, Estado, Código Postal

Firma del funcionario autorizado

Número de teléfono