



# WESTERN WASHINGTON PAINTERS PENSION TRUST

Asunto: Solicitud de beneficios de jubilación del Plan de Jubilación de Contribuciones Definidas de Western Washington Painters, adjunto

Estimado participante:

Gracias por requerir la solicitud adjunta para beneficios bajo el Plan anteriormente mencionado. Por favor complete todas las páginas de la solicitud y proporcione tanta información como sea posible. Además, se necesitan los siguientes documentos para comenzar a procesar su expediente:

1. Una copia de su acta de nacimiento Y una copia de su identificación con fotografía y firma. Si no tiene una copia de su acta de nacimiento, aceptaremos dos artículos de la lista que se encuentra en la página 2 de la solicitud.
2. Si está casado, una copia del acta de nacimiento de su cónyuge Y una copia de la identificación con fotografía de su cónyuge con su firma. Si no tiene una copia del acta de nacimiento de su cónyuge, aceptaremos dos artículos de la lista que se encuentra en la página 2 de la solicitud.
3. Si está casado, una copia de su acta de matrimonio.
4. Una copia de su sentencia de divorcio definitiva si estuvo casado anteriormente.
5. Si está solicitando beneficios por incapacidad, complete el cuestionario de incapacidad adjunto. Al recibir su solicitud completada y el cuestionario, la Oficina Fiduciaria le enviará dos cuestionarios médicos. Debe asegurarse de que los cuestionarios se proporcionen al menos a DOS médicos. Los fideicomisarios no revisarán un expediente con menos de dos declaraciones de médicos.

**IMPORTANTE:** Si se le han concedido beneficios del Seguro Social, debe adjuntar una copia de su carta de concesión de la Administración del Seguro Social. La concesión de beneficios por incapacidad del Seguro Social es una prueba automática de incapacidad según el Plan.

Si está solicitando beneficios por incapacidad y no ha recibido una solicitud verde, o si no recibió el Cuestionario de solicitud de beneficios de jubilación por incapacidad con su solicitud verde, **comuníquese con nuestra oficina de inmediato.**

Se le proporciona un sobre con nuestra dirección para su comodidad. Si tiene alguna pregunta o si podemos ayudarle en algo más, póngase en contacto con esta oficina.

Atentamente,

WESTERN WASHINGTON PAINTERS DEFINED CONTRIBUTION PENSION PLAN  
BeneSys Administrators  
Agente administrativo



# WESTERN WASHINGTON PAINTERS PENSION TRUST

## NOTIFICACIÓN FISCAL ESPECIAL SOBRE PAGOS DEL PLAN

### SUS OPCIONES DE REINVERSIÓN

Usted recibe este aviso porque la totalidad o una parte de un pago que está recibiendo del Western Washington Painters Defined Contribution Pension Plan (el "Plan") puede traspasarse a una cuenta IRA o a un plan de empleador. Este aviso tiene como objetivo ayudarle a decidir si desea realizar dicha reinversión.

Esta notificación describe las normas de reinversión que se aplican a los pagos del Plan que no proceden de una cuenta Roth designada (un tipo de cuenta con normas fiscales especiales en algunos planes de empleadores).

Las normas que se aplican a la mayoría de los pagos de un plan se describen en la sección "Información general sobre las reinversiones". Las normas especiales que solo se aplican en determinadas circunstancias se describen en la sección "Normas y opciones especiales".

### INFORMACIÓN GENERAL SOBRE LAS REINVERSIONES

#### **¿Cómo puede afectar una reinversión a mis impuestos?**

Se le aplicarán impuestos sobre un pago del Plan si no lo reinvierte. Si es menor de 59 años y medio y no realiza una reinversión, también tendrá que pagar un impuesto sobre la renta adicional del 10% sobre las distribuciones anticipadas (salvo que se aplique una excepción). Sin embargo, si realiza una reinversión, no tendrá que pagar impuestos hasta que reciba los pagos más adelante y el impuesto sobre la renta adicional del 10% no se aplicará si esos pagos se realizan después de que cumpla 59 años y medio (o si se aplica una excepción).

#### **¿Dónde puedo reinvertir el pago?**

Puede reinvertir el pago en una cuenta IRA (cuenta de jubilación individual o anualidad de jubilación individual) o en un plan de empleador (plan capacitado para deducir impuestos, plan de la sección 403(b) o plan gubernamental de la sección 457(b)) que acepte la reinversión. Las normas de la cuenta IRA o del plan del empleador que mantiene la reinversión determinarán sus opciones de inversión, cargos y derechos de pago de la cuenta IRA o del plan del empleador (por ejemplo, no se aplican normas de consentimiento conyugal a las cuentas IRA y las cuentas IRA no pueden proporcionar préstamos). Además, la cantidad reinvertida quedará sujeta a las normas fiscales que se aplican a la cuenta IRA o al plan del empleador.

#### **¿Cómo hago una reinversión?**

Hay dos maneras de hacer una reinversión. Puede hacer una reinversión directa o una reinversión de 60 días.

Si hace una reinversión directa, el Plan hará el pago directamente a su cuenta IRA o a un plan de empleador. Debe ponerse en contacto con el patrocinador del plan IRA o el administrador del plan del empleador para obtener información sobre cómo hacer una reinversión directa.

Si no realiza una reinversión directa, puede realizar una reinversión mediante un depósito en una cuenta IRA o en un plan de empleador elegible que lo acepte. Tendrá 60 días después de recibir el pago para realizar el depósito. Si no realiza una reinversión directa, el Plan debe retener el 20% del pago para impuestos federales sobre la renta (hasta la cantidad de efectivo y propiedad recibida que no sean acciones del empleador). Esto significa que, para reinvertir el pago completo en una reinversión de 60 días, debe utilizar otros fondos para compensar el 20% retenido. Si no reinvierte la cantidad total del pago, la parte no reinvertida estará sujeta a impuestos y al impuesto adicional sobre la renta del 10% sobre las distribuciones anticipadas si es menor de 59 años y medio (a menos que se aplique una excepción).

## **¿Cuánto puedo reinvertir?**

Si desea hacer una reinversión, puede reinvertir la totalidad o parte de la cantidad elegible para la reinversión. Cualquier pago del Plan es elegible para reinversión, excepto:

- Ciertos pagos repartidos en un período de al menos 10 años o durante su vida o esperanza de vida (o la vida o esperanza de vida conjunta de usted y su beneficiario)
- Distribuciones mínimas requeridas después de los 70 años y medio (o después de la muerte)
- Distribuciones correctivas de cotizaciones que exceden las limitaciones de la ley tributaria
- Préstamos tratados como distribuciones consideradas (por ejemplo, préstamos en mora debido a pagos atrasados antes de que finalice su empleo)
- El administrador del Plan o el pagador pueden indicarle qué parte de un pago es elegible para reinversión.

## **Si no hago una reinversión, ¿tendré que pagar el impuesto adicional sobre la renta del 10% sobre las distribuciones anticipadas?**

Si es menor de 59 años y medio, tendrá que pagar el impuesto adicional sobre la renta del 10 % sobre las distribuciones anticipadas por cualquier pago del Plan (incluidas las cantidades retenidas por el impuesto sobre la renta) que no reinvierta, salvo que se aplique una de las excepciones que se enumeran a continuación. Este impuesto se suma al impuesto sobre la renta regular sobre el pago no reinvertido.

El impuesto adicional sobre la renta del 10 % no se aplica a los siguientes pagos del Plan:

- Pagos realizados después de su separación del servicio si tendrá al menos 55 años en el año de la separación
- Pagos que comienzan después de su separación del servicio si se pagan al menos anualmente en cantidades iguales o casi iguales durante su vida o esperanza de vida (o las vidas o esperanza de vida conjunta de usted y su beneficiario)
- Pagos realizados debido a incapacidad
- Pagos después de su muerte
- Las distribuciones correctivas de cotizaciones que excedan las limitaciones de la ley tributaria
- Los pagos realizados directamente al gobierno para satisfacer una recaudación de impuestos federales
- Los pagos realizados bajo una Orden de Relaciones Intrafamiliares Calificada (QDRO, por sus siglas en inglés)
- Los pagos hasta la cantidad de sus gastos médicos deducibles
- Ciertos pagos realizados mientras usted está en servicio activo si fue miembro de un componente de reserva llamado al servicio después del 11 de septiembre de 2001 durante más de 179 días

## **Si hago una reinversión en una cuenta IRA, ¿se aplicará el impuesto adicional sobre la renta del 10% a las distribuciones anticipadas de la cuenta IRA?**

Si recibe un pago de una cuenta IRA cuando es menor de 59 años y medio, tendrá que pagar el impuesto adicional sobre la renta del 10% sobre las distribuciones anticipadas de la cuenta IRA, salvo que se aplique una excepción. En general, las excepciones al impuesto adicional sobre la renta del 10% para las distribuciones anticipadas de una cuenta IRA son las mismas que las excepciones enumeradas anteriormente para las distribuciones anticipadas de un plan. Sin embargo, existen algunas diferencias para los pagos de una cuenta IRA, entre ellas:

- No hay excepciones para los pagos posteriores a la separación del servicio que se realicen después de los 55 años.
- La excepción para órdenes de relaciones intrafamiliares calificadas (QDRO) no se aplica (aunque se aplica una norma especial según la cual, como parte de un acuerdo de divorcio o separación, se puede hacer una transferencia libre de impuestos directamente a una cuenta IRA de un cónyuge o excónyuge).

- La excepción para pagos realizados al menos anualmente en cantidades iguales o casi iguales durante un período específico se aplica sin tener en cuenta si usted se ha separado del servicio.
- Hay excepciones adicionales para (1) pagos para gastos calificados de educación superior, (2) pagos de hasta \$10,000 utilizados en la compra calificada de una primera vivienda, y (3) pagos de primas de seguro médico después de haber recibido compensación por desempleo durante 12 semanas consecutivas (o haber sido elegible para recibir compensación por desempleo de no ser por su condición de trabajador autónomo).

### **¿Tendré que pagar impuestos estatales sobre la renta?**

Esta notificación no describe ninguna norma estatal o local sobre impuestos sobre la renta (incluidas las normas de retención).

## **NORMAS Y OPCIONES ESPECIALES**

### **Si no cumple con el plazo de reinversión de 60 días**

Por lo general, el plazo de reinversión de 60 días no puede prolongarse. Sin embargo, el IRS tiene la autoridad limitada para eximir el plazo en ciertas circunstancias extraordinarias, como cuando eventos externos le impidieron completar la reinversión antes del plazo de reinversión de 60 días. Para solicitar una exención, debe presentar una solicitud de resolución de carta privada ante el IRS. Las solicitudes de normas por carta privada requieren el pago de un cargo de usuario no reembolsable. Para obtener más información, consulte la Publicación 590-A del IRS, *Cotizaciones a planes de jubilación individuales (IRA)*.

### **Si tiene un préstamo pendiente que se está compensando**

Si tiene un préstamo pendiente del Plan, sus beneficios del Plan pueden compensarse con la cantidad del préstamo, normalmente cuando finalice su empleo. La cantidad de compensación del préstamo se trata como una distribución a usted en el momento de la compensación y estará sujeta a impuestos (incluido el impuesto adicional sobre la renta del 10% sobre las distribuciones anticipadas, salvo que se aplique una excepción) salvo que realice una reinversión de 60 días de la cantidad de la compensación del préstamo en una cuenta IRA o en un plan de empleador.

### **Si nació el 1 de enero de 1936 o antes**

Si nació el 1 de enero de 1936 o antes y recibe una distribución de la suma global que no reinvierte, es posible que se le apliquen normas especiales para calcular la cantidad del impuesto sobre el pago. Para obtener más información, consulte la Publicación 575 del IRS, *Ingresos por Jubilación y Anualidades*.

Si reinvierte un pago del Plan en una cuenta Roth IRA, se aplica una norma especial según la cual se gravará la cantidad del pago reinvertido (reducida por cualquier cantidad después de impuestos). Sin embargo, no se aplicará el impuesto sobre la renta adicional del 10% sobre las distribuciones anticipadas (salvo que retire la cantidad reinvertida de la cuenta Roth IRA en un plazo de 5 años, a contar desde el 1 de enero del año de la reinversión).

Si reinvierte el pago en una cuenta Roth IRA, los pagos posteriores de la cuenta Roth IRA que sean distribuciones capacitadas no estarán sujetos a impuestos (incluidas las ganancias después de la reinversión). Una distribución capacitada de una cuenta Roth IRA es un pago realizado después de que usted cumpla 59 años y medio (o después de su muerte o incapacidad, o como una distribución capacitada para compradores de vivienda por primera vez de hasta \$10,000) y después de que haya tenido una cuenta Roth IRA durante al menos 5 años. Al aplicar esta norma de los 5 años, se cuenta desde el 1 de enero del año en el que se realizó la primera cotización a una cuenta Roth IRA. Los pagos de la cuenta Roth IRA que no sean distribuciones capacitadas tributarán en la medida de las ganancias después de la reinversión, incluido el impuesto adicional sobre la renta del 10% sobre las distribuciones anticipadas (salvo que se aplique una excepción). No tiene que tomar las distribuciones mínimas requeridas de una cuenta Roth IRA durante su vida. Para obtener más información, consulte la Publicación 590-A del IRS, *Cotizaciones a planes de jubilación individuales (IRA)*, y la Publicación 590-B del IRS, *Distribuciones de planes de jubilación individuales (IRA)*.

## **Si no es participante del plan**

**Pagos tras la muerte del participante.** Si recibe una distribución tras la muerte del participante que no reiviente, la distribución generalmente se gravará de la misma manera descrita en otra parte de esta notificación. Sin embargo, el impuesto adicional sobre la renta del 10% sobre las distribuciones anticipadas y las normas especiales para los agentes de seguridad pública no se aplican, y la norma especial descrita en la sección “Si nació el 1 de enero de 1936 o antes” se aplica solo si el participante nació el 1 de enero de 1936 o antes.

**Si usted es un cónyuge sobreviviente.** Si recibe un pago del Plan como cónyuge sobreviviente de un participante fallecido, tiene las mismas opciones de reinversión que habría tenido el participante, tal como se describe en otra parte de esta notificación. Además, si decide hacer una reinversión en una cuenta IRA, puede tratar la cuenta IRA como propia o como una cuenta IRA heredada.

Una cuenta IRA que usted considere suya se trata como cualquier otra cuenta IRA suya, de modo que los pagos que reciba antes de cumplir 59 años y medio estarán sujetos al impuesto adicional sobre la renta del 10% sobre las distribuciones anticipadas (salvo que se aplique una excepción) y las distribuciones mínimas requeridas de su cuenta IRA no tienen que comenzar hasta después de que cumpla 70 años y medio.

Si trata la cuenta IRA como una cuenta IRA heredada, los pagos de la cuenta IRA no estarán sujetos al impuesto adicional sobre la renta del 10% sobre las distribuciones anticipadas. Sin embargo, si el participante hubiera comenzado a recibir las distribuciones mínimas requeridas, usted tendrá que recibir las distribuciones mínimas requeridas de la cuenta IRA heredada. Si el participante no hubiera comenzado a recibir las distribuciones mínimas requeridas del Plan, usted no tendrá que comenzar a recibir las distribuciones mínimas requeridas de la cuenta IRA heredada hasta el año en que el participante hubiera cumplido 70 años y medio.

**Si usted es un beneficiario sobreviviente que no es cónyuge.** Si recibe un pago del Plan debido a la muerte del participante y usted es un beneficiario designado que no es cónyuge sobreviviente, la única opción de reinversión que tiene es hacer una reinversión directa a una cuenta IRA heredada. Los pagos de la cuenta IRA heredada no estarán sujetos al impuesto adicional sobre la renta del 10 % sobre las distribuciones anticipadas. Tendrá que recibir las distribuciones mínimas requeridas de la cuenta IRA heredada.

**Pagos bajo una orden de relaciones intrafamiliares calificada.** Si usted es el cónyuge o excónyuge del participante que recibe un pago del Plan bajo una orden de relaciones intrafamiliares calificada (QDRO), generalmente tiene las mismas opciones que tendría el participante (por ejemplo, puede transferir el pago a su propia cuenta IRA o a un plan elegible del empleador que lo acepte). Los pagos bajo la QDRO no estarán sujetos al impuesto adicional sobre la renta del 10 % sobre las distribuciones anticipadas.

## **Si es extranjero no residente**

Si es extranjero no residente y no realiza una reinversión directa en una cuenta IRA de EEUU o en un plan de empleador de EEUU, en lugar de retener el 20 %, el Plan generalmente está obligado a retener el 30 % del pago en concepto de impuestos federales sobre la renta. Si la cantidad retenida excede la cantidad de impuestos que debe (como puede suceder si realiza una reinversión de 60 días), puede solicitar un reembolso de impuestos sobre la renta presentando el formulario 1040NR y adjuntando su formulario 1042-S. Consulte el formulario W-8BEN para reclamar que tiene derecho a un índice reducido de retención en virtud de un tratado de impuestos sobre la renta. Para más información, consulte también la Publicación 519 del IRS, *Guía fiscal de EEUU para extranjeros*, y la Publicación 515 del IRS, *Retención de impuestos sobre extranjeros no residentes y entidades extranjeras*.

## **Otras normas especiales**

Si un pago forma parte de una serie de pagos durante menos de 10 años, su elección de realizar o no una reinversión directa se aplicará a todos los pagos posteriores de la serie (salvo que elija otra opción para pagos posteriores).

Puede tener derechos especiales de reinversión si ha servido recientemente en las Fuerzas Armadas de EEUU. Para más información, consulte la Publicación 3 del IRS, *Guía Fiscal de las Fuerzas Armadas*.

## **PARA MÁS INFORMACIÓN**

Es posible que desee consultar con el administrador o pagador del Plan, o con un asesor fiscal profesional, antes de recibir un pago del Plan. Además, puede encontrar información más detallada sobre el tratamiento fiscal federal de los pagos de los planes del empleador en: Publicación 575 del IRS, *Ingresos por pensiones y anualidades*; Publicación 590-A del IRS, *Cotizaciones a planes de jubilación individuales (IRA)*; Publicación 590-B del IRS, *Distribuciones de planes de jubilación individuales (IRA)*; y Publicación 571 del IRS, *Planes de anualidades con ventajas fiscales (planes 403(b))*. Estas publicaciones están disponibles en una oficina local del IRS, en la web en [www.irs.gov](http://www.irs.gov), o llamando al 1-800-TAX-FORM.



# WESTERN WASHINGTON PAINTERS PENSION TRUST

## FORMULARIO DE SOLICITUD DE RETIRO DE COTIZACIONES DEFINIDAS

**Escriba con letra de imprenta toda la información requerida; asegúrese de firmar y fechar esta solicitud:**

### **DATOS PERSONALES**

1. Nombre \_\_\_\_\_  
Apellido \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_

Nombre anterior (si lo hubiera) \_\_\_\_\_ Fecha de cambio \_\_\_\_\_

2. Núm. de Seguro Social \_\_\_\_\_ 3. Núm. de teléfono \_\_\_\_\_

4. Dirección postal \_\_\_\_\_  
Número de calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

5. Sindicato local \_\_\_\_\_ 6. Género: Masculino  Femenino  7. Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
(Adjunte prueba de edad, consulte la página 2)

8. Estado civil: **Por favor, complete la CERTIFICACIÓN DE ESTADOCIVIL adjunta.**

Entiendo que, si alguna vez me he divorciado y/o enviudado, también debo proporcionar a la oficina del fondo una copia completa de todas mis Sentencias de Divorcio y/o Órdenes de Relaciones Intrafamiliares Calificadas (incluidos los Acuerdos de Separación, los Acuerdos de Liquidación de Bienes y cualquier orden similar o relacionada con cualquier anexo) y/o el/los certificado(s) de defunción de mi(s) cónyuge(s) o ex-cónyuge(s) fallecido(s).

9. Nombre del cónyuge actual \_\_\_\_\_  
Apellido \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_

10. Núm. del Seguro Social del cónyuge \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del cónyuge \_\_\_\_\_

Fecha de matrimonio \_\_\_\_\_ Género: Masculino  Femenino   
(Adjunte copia del acta de matrimonio)

11. Nombre del beneficiario \_\_\_\_\_ Núm. de Seguro Social \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Género: Masc.  Fem.  Parentesco \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
Número de calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Si está casado y ha nombrado anteriormente a un beneficiario que no es su cónyuge, se requiere la firma de su cónyuge para consentir esta designación de beneficiario.

Renuncio a todos los derechos sobre los beneficios del beneficiario designado anteriormente.

Firma del cónyuge \_\_\_\_\_  
(indica la aprobación del beneficiario no cónyuge nombrado anteriormente) (Fecha)

## **DATOS DE EMPLEO**

12. ¿Ha trabajado alguna vez como propietario único, socio o propietario corporativo de un Empleador participante?

Sí  No  En caso afirmativo, explique a continuación:

Cuando: \_\_\_\_\_ Para cuál Empleador \_\_\_\_\_

13. Sigo trabajando Sí  No  Cargo actual: \_\_\_\_\_

14. Nombre del empleador actual o más reciente: \_\_\_\_\_

15. El último día que trabajé en un empleo cubierto fue o será el \_\_\_\_\_  
Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

16. Por la presente solicito que mi solicitud entre en vigor el primer día de \_\_\_\_\_  
Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

**NOTA: SU SOLICITUD NO PODRÁ PROCEDER SIN LA DOCUMENTACIÓN NECESARIA DE CAMBIO DE NOMBRE Y EDAD DESCRITA A CONTINUACIÓN. POR FAVOR, REVISE DETENIDAMENTE ESTA SECCIÓN.**

### **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 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 obtenidos del Departamento del Censo de los EEUU

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

Información del Seguro Social

(debe mostrar la fecha de nacimiento)

Registros de las Fuerzas Armadas de los EEUU

Registros escolares establecidos antes de cumplir 21 años

Pasaporte

Licencia de conducir

## **TIPO DE JUBILACIÓN/DISTRIBUCIÓN**

17. De conformidad con los términos del Western Washington Painters Defined Contribution Pension Plan, solicito un retiro de la totalidad o una parte del saldo de mi cuenta por el siguiente motivo (marque solo una casilla):

- DISTRIBUCIÓN PREVIA A LA JUBILACIÓN:** La cantidad que puede retirar se basa en el saldo de su cuenta al final del año del Plan, hace tres años del Plan. Puede retirar la menor cantidad de un tercio de esa cantidad o la cantidad superior a \$3,500.00. Esta opción está disponible para usted solo una vez antes de la jubilación.
- DISTRIBUCIÓN DE CUENTA PEQUEÑA:** Para ser elegible, el saldo de su cuenta debe ser inferior a \$5,000 y no debe haber trabajado en la industria de la pintura durante al menos cinco (5) años. Si el saldo de su cuenta supera los \$5,000, su solicitud se convertirá en un Retiro Previo a la Jubilación de una sola vez o en un estado de Jubilación.
- JUBILACIÓN TEMPRANA:** Para ser elegible, debe tener al menos 55 años, pero no más de 65, y haber finalizado su empleo en cualquier capacidad con cualquier Empleador bajo este Plan.
- JUBILACIÓN PLENA:** Para ser elegible, debe tener al menos 65 años y haber finalizado el empleo para el cual se requieren cotizaciones del Empleador bajo este Plan.
- JUBILACIÓN POR INCAPACIDAD:** Para ser elegible, debe presentar un certificado de incapacidad total y permanente de dos médicos que sea satisfactorio para la Mesa Directiva y que demuestre una lesión corporal, enfermedad o trastorno mental que, sobre la base de pruebas médicas, demuestre que usted es incapaz de continuar en el empleo de un Empleador participante en cualquier clasificación laboral cubierta por el Acuerdo de negociación colectiva por el resto de su vida o debe recibir beneficios de incapacidad de la Administración del Seguro Social.

**NOTA:** Las solicitudes deben presentarse el primer día del mes en que la jubilación debe entrar en vigencia o antes. Si desea solicitar beneficios de jubilación por incapacidad, comuníquese con la Oficina Fiduciaria para solicitar una solicitud de retiro de jubilación por incapacidad.

## **DECLARACIÓN DE RETIRO**

Entiendo y acepto que es mi responsabilidad presentar toda la información necesaria para establecer mi elegibilidad para los beneficios de este Plan y que esta solicitud puede ser cancelada 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 exacta a mi leal saber y entender.

Entiendo que las condiciones de mi retiro o 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



## WESTERN WASHINGTON PAINTERS PENSION TRUST

### CERTIFICACIÓN DEL ESTADO CIVIL

La ley federal exige que los fideicomisarios confirmen si un cónyuge anterior tiene derecho a alguna parte de sus beneficios de jubilación. Por lo tanto, es necesario que solicitemos el siguiente certificado y documentación de apoyo. **Si no completa este formulario en su totalidad, incluyendo firmarlo ante un notario público, y proporcionar TODA la documentación solicitada, se producirá un retraso en el procedimiento de su solicitud.**

Nombre del participante \_\_\_\_\_

Estado civil:  Casado  Soltero (nunca casado)  Divorciado  Divorciado y vuelto a casar  
 Viudo  Otro (especifique): \_\_\_\_\_

#### INFORMACIÓN SOBRE EL CÓNYUGE ACTUAL (no deje el nombre en blanco; especifique "ninguno" o "no aplica" si no tiene cónyuge)

Nombre \_\_\_\_\_ Núm. de Seguro Social \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha de matrimonio \_\_\_\_\_

Si se ha divorciado o separado legalmente, envíe una copia completa de su(s) Sentencia(s) de Divorcio y Ordenes de Relaciones Intrafamiliares Calificadas (incluidos los Acuerdos de Separación, los Acuerdos de Liquidación de Bienes y cualquier orden similar o relacionada con cualquier archivo anexo). Todos los documentos de divorcio son revisados por el asesor legal del Plan. Si enviudó, envíe una copia del acta de defunción.

#### INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE ANTERIOR (no deje el nombre en blanco; especifique "ninguno" o "no aplica" si no tiene cónyuge)

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de matrimonio \_\_\_\_\_ Fecha de separación \_\_\_\_\_

Matrimonio terminado debido a (marque uno): **Muerte** **Divorcio** **Otro** (especifique) \_\_\_\_\_

#### INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE ANTERIOR (no deje el nombre en blanco; especifique "ninguno" o "no aplica" si no tiene cónyuge)

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de matrimonio \_\_\_\_\_ Fecha de separación \_\_\_\_\_

Matrimonio terminado debido a (marque uno): **Muerte** **Divorcio** **Otro** (especifique) \_\_\_\_\_

Si ha tenido más de dos cónyuges anteriores, adjunte una hoja de papel aparte con la información solicitada.

Certificación del Estado Civil  
Página 2

---

**POR LA PRESENTE CERTIFICO QUE TODA LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN LA PÁGINA UNO DE ESTE FORMULARIO ESTÁ COMPLETA Y ES EXACTA.**

Nombre \_\_\_\_\_ Núm. de Seguro Social \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
(Debe estar notariada)

**A COMPLETAR POR EL NOTARIO PÚBLICO**

Un notario público u otra oficina que complete este certificado verifica únicamente la identidad de la persona que firmó el documento al que se adjunta este certificado, y no la veracidad, exactitud o validez de ese documento.

Estado de \_\_\_\_\_ Condado de \_\_\_\_\_

El \_\_\_\_\_, ante mí, \_\_\_\_\_  
(inserte el nombre y el cargo del funcionario)

Apareció personalmente \_\_\_\_\_, quien me demostró, sobre la base de pruebas satisfactorias, que es la persona o personas cuyos nombres están suscritos en el presente instrumento y me reconoció que lo ejecutó en su capacidad (o capacidades), y mediante su(s) firma(s) en el instrumento, la persona o personas, o la entidad en nombre de la cual actuó la persona o personas, ejecutó el instrumento.

Certifico bajo PENA DE PERJURIO, de conformidad con las leyes del estado de \_\_\_\_\_ que el párrafo anterior es verdadero y correcto.

Firmado de mi puño y letra y con sello oficial

Firma del notario público

Mi comisión expira: \_\_\_\_\_

## WESTERN WASHINGTON PAINTERS DEFINED CONTRIBUTION PENSION PLAN

P O Box 58830, Tukwila, WA 98138  
5200 Southcenter Blvd, Suite 205, Tukwila, WA 98188  
Phone (206) 518-9730 • Toll Free (844) 344-2721 • Fax (425) 251-1976  
[www.IUPATWesternBenefits.org](http://www.IUPATWesternBenefits.org)

### SELECCIÓN DE BENEFICIOS DE JUBILACIÓN

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si está casado, la ley federal exige que sus beneficios se paguen como un beneficio mancomunado y de sobreviviente del 50% (Parte I-A qué se muestra a continuación), a menos que usted y su cónyuge rechacen esa forma de beneficio y elijan recibir su beneficio de otra forma. Si prefiere recibir su beneficio de otra forma, debe seleccionar el beneficio adecuado y completar la Parte II. Le recomendamos que lea detenidamente la explicación y que haga cualquier pregunta que pueda tener sobre sus opciones antes de hacer su selección.

### PARTE 1 BENEFICIOS DE JUBILACIÓN DISPONIBLES

#### A. OPCIONES DE CÓNYUGE Y CÓNYUGE/PENSIONADO CONTINGENTE:

Si está casado, sus beneficios se pagarán como una anualidad mancomunada y de sobreviviente reducida al 50%, a menos que usted y su cónyuge rechacen esta forma de beneficio y elijan otra. Su beneficio mensual se reduce a cambio de la garantía de que la mitad de esa cantidad se pagará a su cónyuge de por vida después de su muerte. El monto de la reducción depende de su edad y de la edad de su cónyuge en el momento en que comience su beneficio.

Puede elegir una opción de marido y mujer con la garantía de que, después de su muerte, su cónyuge recibiría, durante toda su vida, el 100% o el 66.6% de la cantidad mensual que usted recibía en vida.

Si desea elegir un beneficiario que no sea su cónyuge y que reciba los beneficios después de su muerte, puede elegir esta opción. Su beneficio mensual se reduciría a cambio de la garantía de que su beneficiario recibiría, de por vida, el 100%, el 66.6 % o el 50% de la cantidad mensual que usted recibe en vida.

Si desea una opción de Anualidad, marque la opción que desee. La Oficina Fiduciaria se pondrá en contacto con la compañía de seguros para averiguar la prestación mensual que se le debe pagar a usted y a su cónyuge o beneficiario. A continuación, se le notificará la cantidad.

#### B. ANUALIDAD VITALICIA INDIVIDUAL:

Puede optar por recibir una anualidad mensual, pagadera de por vida. A su fallecimiento, se detendrán todos los pagos de beneficios.

Si desea una opción de anualidad, marque la opción que desee. La Oficina Fiduciaria se pondrá en contacto con la compañía de seguros para averiguar la prestación mensual pagadera. A continuación, se le notificará el importe.

#### C. OPCIÓN DE SUMAS GLOBALES:

Sus beneficios se pagarán como una suma global de la distribución del saldo de su cuenta cuando termine su empleo en la industria de la pintura y se jubile. EN NINGÚN CASO SE LE PAGARÁ MÁS QUE LA CANTIDAD EN EL SALDO DE SU CUENTA.

**CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE**

## WESTERN WASHINGTON PAINTERS DEFINED CONTRIBUTION PENSION PLAN

P O Box 58830, Tukwila, WA 98138  
5200 Southcenter Blvd, Suite 205, Tukwila, WA 98188  
Phone (206) 518-9730 • Toll Free (844) 344-2721 • Fax (425) 251-1976  
[www.IUPATWesternBenefits.org](http://www.IUPATWesternBenefits.org)

### SELECCIÓN DE BENEFICIOS DE JUBILACIÓN

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

### PARTE 1 BENEFICIOS DE JUBILACIÓN DISPONIBLES, continuado

#### D. NIVEL DE PAGOS MENSUALES:

Se le paga un beneficio mensual durante un número de años preestablecido (5, 10 o 15). La cantidad de su beneficio depende del número de años que reciba los pagos y de la cantidad del saldo de su cuenta cuando se jubile. Este no es un beneficio garantizado. Los pagos mensuales se realizarán hasta que ocurra lo primero de: a) el saldo de su cuenta sea de \$0.00; O b) haya recibido el número solicitado de años (5, 10 o 15) de pagos. Cada mes, el saldo restante de su cuenta se reducirá por el monto de su pago mensual. Cada trimestre, el saldo restante de su cuenta recibirá asignaciones de ganancias y gastos. Recibirá lo que quede en su cuenta con su último pago mensual de beneficios.

Si usted fallece antes de recibir todos sus pagos mensuales, los pagos restantes se pagarán a su cónyuge sobreviviente o beneficiario designado. EN NINGÚN CASO SE LE PAGARÁ MÁS QUE LA CANTIDAD EN EL SALDO DE SU CUENTA.

---

### PARTE 2 SELECCIONE UNA OPCIÓN DE BENEFICIOS DE JUBILACIÓN

**POR FAVOR, MARQUE LA OPCIÓN QUE DESEA RECIBIR. ENCONTRARÁ INFORMACIÓN DETALLADA EN LA PÁGINA 1 DE ESTE FORMULARIO.**

#### A. OPCIONES DE ESPOSO Y ESPOSA/PENSIONADO CONTINGENTE:

- 1. Opción del 50%: recibirá un beneficio mensual de por vida. A su muerte, su cónyuge o beneficiario designado recibirá el 50% de esta cantidad de por vida.
- 2. Opción del 66.6 %: recibirá un beneficio mensual de por vida. A su muerte, su cónyuge o beneficiario designado recibirá el 66.6 % de esta cantidad de por vida.
- 3. Opción del 100%: recibirá una prestación mensual de por vida. A su muerte, su cónyuge o beneficiario designado recibirá el 100% de esta cantidad de por vida.

#### B. OPCIÓN DE ANUALIDAD VITALICIA INDIVIDUAL:

- 4. Recibirá una prestación mensual de por vida. A su muerte, cesarán todos los pagos de prestaciones.

Si elige una de las opciones anteriores, sus beneficios se venderán a una compañía de seguros a índices competitivos para proporcionarle el beneficio mensual más alto posible. Se le notificará el valor real en dólares en una fecha posterior.

**CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE**

**WESTERN WASHINGTON PAINTERS DEFINED CONTRIBUTION PENSION PLAN**

P O Box 58830, Tukwila, WA 98138  
5200 Southcenter Blvd, Suite 205, Tukwila, WA 98188  
Phone (206) 518-9730 • Toll Free (844) 344-2721 • Fax (425) 251-1976  
[www.IUPATWesternBenefits.org](http://www.IUPATWesternBenefits.org)

**SELECCIÓN DE BENEFICIOS DE JUBILACIÓN**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**PARTE 2 SELECCIONE UNA OPCIÓN DE BENEFICIOS DE JUBILACIÓN, continuado****C. OPCIÓN DE PAGO DE SUMA GLOBAL:**

5. Deseo recibir una distribución total del saldo de mi cuenta.  
Entiendo que no se pagarán otros beneficios.
6. Deseo retirar \$ \_\_\_\_\_ del saldo de mi cuenta.

**D. OTRAS OPCIONES DE PAGO MENSUAL:**

7. Opción de 5 años: recibirá 60 pagos mensuales.  
El último pago será un reembolso del saldo restante de la cuenta.
8. Opción de 10 años: recibirá 120 pagos mensuales.  
El último pago será un reembolso del saldo restante de la cuenta.
9. Opción de 15 años: recibirá 180 pagos mensuales.  
El último pago será un reintegro de cualquier saldo restante en la cuenta.

Tenga en cuenta: Los beneficios bajo las opciones de pago mensual de 5, 10 o 15 años se pagarán solo mientras tenga saldo en la cuenta.

**E. DISTRIBUCIÓN DE LOS BENEFICIOS PREVIOS A LA JUBILACIÓN**

Tenga en cuenta lo siguiente: Ha seleccionado recibir una parte del saldo de su cuenta antes de su jubilación. Esto solo puede hacerse una vez. Después de realizar este retiro, no podrá realizar más retiros hasta que alcance la edad de jubilación y finalice todo empleo en la industria de la pintura. Complete la sección a continuación para indicar cuánto desea recibir en esta distribución previa a la jubilación.

10. Elijo recibir un tercio del saldo de mi cuenta de hace tres años del Plan, o el saldo actual de mi cuenta menos \$3,500, la cantidad que sea menor.
11. Quiero retirar una cantidad menor. Retire \$ \_\_\_\_\_ de mi saldo de cuenta.

**WESTERN WASHINGTON PAINTERS DEFINED CONTRIBUTION PENSION PLAN**

P O Box 58830, Tukwila, WA 98138  
5200 Southcenter Blvd, Suite 205, Tukwila, WA 98188  
Phone (206) 518-9730 • Toll Free (844) 344-2721 • Fax (425) 251-1976  
[www.IUPATWesternBenefits.org](http://www.IUPATWesternBenefits.org)

**SELECCIÓN DE BENEFICIOS DE JUBILACIÓN**

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Usted y su cónyuge, si está casado, pueden cambiar esta selección de beneficios de jubilación en cualquier momento antes de comenzar a recibir su beneficio. Si usted y su cónyuge desean cambiar una selección previa y elegir otro tipo de beneficio, comuníquese con la Oficina Fiduciaria para obtener otro formulario de selección. Una vez que comiencen sus beneficios, no podrá cambiar su selección de beneficios. La selección que haga se respetará para todas las distribuciones de su beneficio, salvo o hasta que regrese al trabajo. El Fideicomiso distribuye una parte de su beneficio hasta que se puedan asignar las ganancias cada trimestre y el resto se pagará en la misma forma que eligió anteriormente.

---

**LA(S) FIRMA(S) DEBEN SER TESTIFICADAS POR UN NOTARIO**

---

El empleado abajo firmante y su cónyuge, si está casado, aceptan que la elegibilidad para la jubilación y los pagos se regirán en su totalidad por las disposiciones del Plan, o según el Plan pueda ser modificado en lo sucesivo, y que el pago de cualquier pago a plazo de jubilación y su aceptación por mi parte no impedirá a los fideicomisarios recuperar, o de cualquier otra manera afectar su derecho a recuperar, cualquier pago que se me haga en exceso de la cantidad a la que tengo derecho según las disposiciones del Plan. Tampoco la realización de ningún pago de jubilación a mí obligará a los Fideicomisarios de ninguna manera a realizar ningún pago adicional en cualquier cantidad que sea, excepto según lo dispuesto por este Plan, que puede ser modificado de vez en cuando.

Yo/Nosotros elegimos recibir el tipo de beneficios de jubilación seleccionado en este formulario. Si no aparece ninguna firma bajo la firma del cónyuge, certifico que no estoy casado y/o que no existe una Orden de Relaciones Intrafamiliares que otorgue una parte de mi jubilación a un beneficiario alternativo.

Firma del jubilado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Suscrito y jurado ante mí el \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_,

de 20 \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_ Notario público en y

para el Estado de \_\_\_\_\_ - con domicilio en \_\_\_\_\_.

Mi comisión expira: \_\_\_\_\_.

**WESTERN WASHINGTON PAINTERS DEFINED CONTRIBUTION PENSION PLAN**

P O Box 58830, Tukwila, WA 98138  
5200 Southcenter Blvd, Suite 205, Tukwila, WA 98188  
Phone (206) 518-9730 • Toll Free (844) 344-2721 • Fax (425) 251-1976  
[www.IUPATWesternBenefits.org](http://www.IUPATWesternBenefits.org)

**SELECCIÓN DE BENEFICIOS DE JUBILACIÓN**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO CONYUGAL**

Soy el cónyuge del empleado. He revisado la información anterior sobre cada forma de beneficio y doy mi consentimiento a la selección indicada. Entiendo que, a menos que el empleado haya elegido una opción de sobreviviente, no se pagarán beneficios después de la muerte del empleado, excepto posiblemente bajo la forma de pago de Pagos Mensuales Nivelados que continuará solo si el Plan no ha pagado los pagos mensuales designados al empleado. También entiendo que este consentimiento puede ser revocado sólo durante el período de selección descrito en la sección PERÍODO DE NOTIFICACIÓN DE 30 DÍAS.

Firma del cónyuge \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Suscrito y jurado ante mí el \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_,

de 20 \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_ Notario público en y

para el Estado de \_\_\_\_\_ - con domicilio en \_\_\_\_\_.

Mi comisión expira: \_\_\_\_\_.

## WESTERN WASHINGTON PAINTERS DEFINED CONTRIBUTION PENSION PLAN

P O Box 58830, Tukwila, WA 98138  
5200 Southcenter Blvd, Suite 205, Tukwila, WA 98188  
Phone (206) 518-9730 • Toll Free (844) 344-2721 • Fax (425) 251-1976  
[www.IUPATWesternBenefits.org](http://www.IUPATWesternBenefits.org)

# SELECCIÓN DE BENEFICIOS DE JUBILACIÓN

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## **CONSENTIMIENTO CONYUGAL PARA RENUNCIAR AL REQUISITO DE NOTIFICACIÓN DE 30 DÍAS**

Soy el cónyuge legal de \_\_\_\_\_ . Reconozco que se me ha informado de que mi cónyuge desea renunciar al requisito de que recibamos, al menos 30 días antes de que el Fondo pague los beneficios a mi cónyuge, una explicación por escrito del formulario de cónyuge al 50%, incluido el derecho de mi cónyuge a renunciar al formulario del 50% de marido y mujer con mi consentimiento por escrito, el efecto de dicha renuncia y el derecho que mi cónyuge y yo tenemos de revocar dicha renuncia y consentimiento, y de elegir en su lugar un período de notificación de 7 días según lo permitido por la ley federal. Doy mi consentimiento a la selección de mi cónyuge para renunciar al período de notificación de 30 días.

Fecha \_\_\_\_\_ Firma del cónyuge \_\_\_\_\_

Firma del cónyuge

## RENUNCIA DEL PARTICIPANTE AL REQUISITO DE NOTIFICACIÓN CON 30 DÍAS DE ANTICIPACIÓN

Yo, \_\_\_\_\_, reconozco que se me ha informado que la ley federal prohíbe que el Fondo me pague beneficios hasta al menos 30 días después de que mi cónyuge y yo hayamos recibido una explicación por escrito del formulario de 50% para el esposo y la esposa, incluido mi derecho a renunciar a ese formulario con el consentimiento por escrito de mi cónyuge, el efecto de dicha renuncia y el derecho que mi cónyuge y yo tenemos de revocar esa renuncia y consentimiento. También se me ha informado de que puedo renunciar a ese período de notificación de 30 días y, en su lugar, elegir un período de notificación de 7 días, lo que permitirá al Fondo comenzar a pagarme los beneficios no menos de 7 días después de que mi cónyuge y yo recibamos la explicación por escrito, siempre que mi cónyuge también consienta por escrito en renunciar al período de notificación de 30 días.

{ } Selecciono renunciar al período de notificación de 30 días.

Fecha \_\_\_\_\_ Firma del participante \_\_\_\_\_

# NOTARIO PÚBLICO

Estado de **Mi comisión expira**

**EN TESTIMONIO** de lo cual, mi puño y sello oficial \_\_\_\_\_ Firma del notario público \_\_\_\_\_

# Western Washington Painters Defined Contribution Pension Plan

## FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE DISTRIBUCIÓN DE LA SUMA GLOBAL

### Seleccione el inciso A, B o C a continuación

- A. Se ordena a los fideicomisarios del Western Washington Painters Defined Contribution Pension Plan que me realicen un pago a mí, el participante, menos cualquier retención aplicable descrita en la notificación fiscal especial recibido con este formulario de selección y solicitud.
- B. Se ordena a los fideicomisarios del Plan de Jubilación de Contribuciones Definidas de Western Washington Painters que envíen por correo mi distribución a \_\_\_\_\_ (nombre del fideicomisario/fondo) para su depósito de acuerdo con la disposición de reinversión.
- C. Se ordena a los fideicomisarios del Plan de Jubilación de Contribuciones Definidas de Western Washington Painters ordeno que envíen \$ \_\_\_\_\_ (complete la cantidad) de mi distribución a \_\_\_\_\_ (Nombre del fideicomisario/fondo) para su depósito de conformidad con las estipulaciones de reinversión. El resto de la parte imponible menos cualquier retención aplicable descrita en la notificación fiscal especial recibida con este formulario de selección se me pagará directamente a mí, el participante.

Firma del participante

Fecha

---

### **EL FIDEICOMISARIO DEL DEPÓSITO/FONDO DEBE COMPLETAR EL SIGUIENTE ACUERDO**

#### **A CONTINUACIÓN, SI SE SELECCIONA EL INCISO B O C**

**A COMPLETAR POR EL FIDEICOMISARIO DEL PLAN DE JUBILACIÓN ELEGIBLE O DE LA IRA**

#### **ACUERDO DEL FIDEICOMISARIO DEL DEPÓSITO**

De acuerdo con la autorización del Depositante mencionada anteriormente, aceptamos depositar el próximo monto de reinversión del Western Washington Painters Defined Contribution Pension Plan, un Plan de Jubilación Calificado, en la siguiente cuenta:

TIPO DE CUENTA: \_\_\_\_\_ NÚM. DE CUENTA.: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL FIDEICOMISARIO/FONDO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN POSTAL: \_\_\_\_\_

NÚM. DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_

Firma autorizada del Fideicomisario/Fondo de Reinversión de la IRA

Fecha

## WESTERN WASHINGTON PAINTERS DEFINED CONTRIBUTION PENSION PLAN

P O Box 58830, Tukwila, WA 98138  
5200 Southcenter Blvd, Suite 205, Tukwila, WA 98188  
Phone (206) 518-9730 • Toll Free (844) 344-2721 • Fax (425) 251-1976  
[www.IUPATWesternBenefits.org](http://www.IUPATWesternBenefits.org)

### Declaración de jubilación

**Nombre:** \_\_\_\_\_

#### **Elegibilidad para beneficios**

Un participante será elegible para recibir los beneficios proporcionados bajo este Plan al terminar el empleo para el cual se requieren cotizaciones y al cumplir con una de las fechas de jubilación por jubilación temprana, plena o por incapacidad.

#### **Jubilación temprana**

La fecha de jubilación temprana de un participante será el primer día de cualquier mes después de cumplir con los siguientes requisitos:

- a. cumplir cincuenta y cinco (55) años de edad; y
- b. cesar en el empleo en cualquier capacidad con cualquier Empleador que mantenga este Plan.

#### **Jubilación plena**

La fecha de plena jubilación de un participante será el primer día del mes siguiente al cumplimiento de los siguientes requisitos:

- a. cumplir sesenta y cinco (65) años de edad; y
- b. cesar en el empleo cubierto con cualquier Empleador que mantenga este Plan.

Los beneficios no serán pagaderos hasta que el participante se separe del empleo para el cual se requieren cotizaciones, excepto según se requiera al cumplir 70 años y medio de edad y después. Comuníquese con la Oficina Fiduciaria si tiene alguna pregunta.

#### **Jubilación por incapacidad**

La fecha de jubilación por incapacidad de un participante será el primer día de cualquier mes siguiente a la separación de dicho participante del empleo cubierto con cualquier Empleador que mantenga este Plan y la incidencia de su incapacidad total y permanente según lo establecido por los Fideicomisarios. La incapacidad no se considerará establecida hasta que haya existido durante cinco (5) meses.

#### **Declaración de jubilación**

Por la presente afirmo y doy fe de que me jubilo de la industria de la pintura. Entiendo que, si no me jubilo, el Fondo Fiduciario perseguirá el reembolso de todos y cada uno de los fondos que se me hayan distribuido, incluidos los resultados de inversión asociados.

---

Firma del jubilado

---

Fecha



# WESTERN WASHINGTON PAINTERS PENSION TRUST

## FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE DEPÓSITO DIRECTO

Nombre \_\_\_\_\_ Núm. de Seguro Social \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Núm. de teléfono \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Nombre de la institución financiera: \_\_\_\_\_

Número de ruta bancaria: \_\_\_\_\_

Tipo de cuenta:  Cuenta de cheques  Cuenta de ahorros

Número de cuenta: \_\_\_\_\_

\* Por favor, verifique que su cuenta bancaria permita depósitos ACH

**Nota:** Si su tipo de cuenta es de cheques, adjunte un cheque anulado o una verificación de cuenta de su banco. Si su tipo de cuenta es de ahorros, adjunte un comprobante de depósito. Verifique que su número de ruta y número de cuenta sean correctos y estén en el cheque anulado y en el comprobante de depósito.

Cualquier solicitud recibida el día 10 del mes o antes se procesará el mes siguiente. Las solicitudes recibidas después del día 10 del mes se procesarán el segundo mes siguiente a la solicitud recibida.

Por la presente autorizo a la Mesa Directiva de Western Washington Painters Pension Trust a depositar todas las cantidades que se me adeuden en virtud del Plan de Jubilación en mi cuenta en la Institución Financiera mencionada anteriormente. Esta autorización permanecerá en vigor hasta que yo la revoque por escrito o hasta mi muerte, lo que ocurra primero. Si, debido a la falta de conocimiento de mi muerte, el Plan de Jubilación distribuye cheques de beneficios después de mi muerte para depositarlos en mi cuenta, autorizo y ordeno a la Institución Financiera que reembolse al Plan de Jubilación cualquier cantidad pagada después de mi muerte.

---

Firma

---

Fecha

Por favor, devuelva el formulario completado y debidamente firmado a:

Western Washington Painters Pension Trust Fund Office PO Box 58830

Tukwila, WA 98138

Phone 206-518-9730 Fax 425 251-1976

---

5200 Southcenter Blvd, Suite 205, Tukwila, WA 98188 • P O Box 58830 • Tukwila, WA 98138

Phone (206) 518-9730 • Toll Free (844) 344-2721 • Fax (425) 251-1976

[www.IUPATWesternBenefits.org](http://www.IUPATWesternBenefits.org)