



WESTERN WASHINGTON GLAZIERS PENSION TRUST

SOLICITUD DE BENEFICIOS DE JUBILACIÓN De conformidad con la Orden de Relaciones Intrafamiliares Calificada

Nombre del participante: _____

Nombre de beneficiario alternativo: _____

Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____

Número de teléfono: _____

Beneficiario designado*: _____

Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____

Parentesco: _____

***NOTA:** Una designación de beneficiario solo es aplicable si la Orden de Relaciones Intrafamiliares Calificada otorga beneficios a un beneficiario sobreviviente en caso de fallecimiento del beneficiario alternativo.

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta. Por la presente, reconozco que se ha presentado una solicitud para comenzar a pagar los beneficios de jubilación al beneficiario alternativo mencionado anteriormente.

Firma

Fecha

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

_____, Notario Público en y para el Estado de _____

Residente en _____. Mi comisión expira el _____

ENVÍE UNA FOTOCOPIA DE SU ACTA DE NACIMIENTO, UNA IDENTIFICACIÓN CON FOTOGRAFÍA Y LA DOCUMENTACIÓN DE CUALQUIER CAMBIO DE NOMBRE, DESDE SU NOMBRE DE NACIMIENTO HASTA SU NOMBRE ACTUAL.