



Western States Insulators and Allied Workers' Pension Plan  
Western States Insulators and Allied Workers' Individual Account Plan  
Western States Insulators and Allied Workers' Health Plan

---

## Plan de cuentas individuales de Western States Insulator and Allied Workers SOLICITUD PARA LA DISTRIBUCIÓN

(Si tiene alguna pregunta sobre esta solicitud, llame a los números de teléfono que se indican a continuación)

### Adjunte los siguientes documentos junto con su solicitud de beneficios:

- Acta de nacimiento suya y de su cónyuge. Ver a continuación los documentos alternativos.
- Certificado de matrimonio.
- Copia del permiso de conducir vigente o del documento de identidad estatal vigente (con fotografía) suyo y de su cónyuge.
- Si alguna vez se ha divorciado o separado legalmente, envíe una copia completa de su(s) sentencia(s) de divorcio y órdenes de relaciones intrafamiliares calificadas (incluidos acuerdos de separación, acuerdos de liquidación de bienes y cualquier orden similar o relacionada con cualquier anexo).
- Si alguna vez ha prestado servicio en el ejército u otros Servicios Uniformados de los EEUU, presente copias de sus documentos de alistamiento y baja, así como el formulario de crédito por servicio uniformado de los EEUU. Si nunca ha prestado servicio, indíquelo en una breve declaración por escrito.

### INSTRUCCIONES PARA LA PRESENTACIÓN DE LA PRUEBA DE EDAD

**Se requerirá una prueba de su edad antes de la distribución de los beneficios. La Mesa Directiva se reserva el derecho de solicitar información adicional.**

**Si no puede presentar ninguna de las pruebas de edad mencionadas anteriormente, deberá presentar una fotocopia de las pruebas que se enumeran a continuación:**

1. Un certificado de bautismo o un estado de la fecha de nacimiento que figure en un registro eclesiástico certificado por el custodio de dicho registro.
2. Notificación de la inscripción del nacimiento en un registro público de estadísticas vitales.
3. Registro de nacimiento del hospital, certificado por el custodio de dicho registro.
4. Registro de una iglesia o gobierno extranjero.
5. Estado firmado por el médico o la partera que asistió al parto, en el que se indique la fecha de nacimiento que figura en sus registros.
6. Registro de naturalización.
7. Documentos de inmigración.
8. Registro militar.
9. Pasaporte.
10. Registro escolar, certificado por el custodio de dicho registro.
11. Registro de vacunación, certificado por el custodio de dicho registro.
12. Una póliza de seguro que muestre la edad o la fecha de nacimiento.
13. Registros de matrimonio que muestren la fecha de nacimiento o la edad (solicitudes de licencia de matrimonio o registro eclesiástico, certificado por el custodio de dicho registro; o certificado de matrimonio).
14. Documento que muestre la aprobación de la pensión del Seguro Social.
15. Otras pruebas, como estados firmados de personas que conozcan la fecha de nacimiento, registros de voto, recibos del impuesto electoral, permiso de conducir, etc.



Western States Insulators and Allied Workers' Pension Plan  
Western States Insulators and Allied Workers' Individual Account Plan  
Western States Insulators and Allied Workers' Health Plan

**Plan de cuentas individuales de Western States Insulator and Allied Workers  
SOLICITUD PARA LA DISTRIBUCIÓN**

(Si tiene alguna pregunta sobre esta solicitud, llame a los números de teléfono que se indican a continuación)

Nombre del participante: \_\_\_\_\_ Núm. Seguro Social.: \_\_\_\_\_  
(Nombre, segundo nombre, apellido)

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
Celular Núm. telefónico alterno

Domicilio: \_\_\_\_\_  
Número y calle

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

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**RAZÓN PARA LA DISTRIBUCIÓN**

- Voluntario** – tengo derechos adquiridos, el saldo de mi cuenta es de \$5,000 o menos, y no he trabajado en el último año completo del Plan (enero-diciembre) ni en ningún periodo posterior. **(A partir del 1/1/2025, el saldo es de \$7,000 o menos).**
- Jubilación** – estoy jubilado y recibo una pensión del Plan de Jubilación de Western States Insulators and Allied Workers.
- Jubilación** – tengo 62 años o más y he dejado de trabajar en el sector durante al menos 3 meses.
- Jubilación temprana** – tengo 55 años o más, he dejado de trabajar en el sector durante al menos tres meses y no tengo derecho a una jubilación del Plan de Jubilación de Western States Insulators and Allied Workers. **Entiendo que los pagos en virtud de esta opción solo están disponibles mensualmente durante un periodo de 10 años.**
- Discapacidad parcial** – se requiere una copia del certificado médico.
- Discapacidad total y permanente** – se requiere una copia de la notificación de concesión del beneficio por incapacidad del Seguro Social.
- Transferencia recíproca del plan** – solicite el formulario de autorización recíproca al Fondo Fiduciario.
- Transferencia entre planes:** proporcione la aceptación del plan de transferencia y las instrucciones correspondientes.
- Enfermedad terminal:** se requiere una copia del certificado médico del médico.

Por la presente, presento esta reclamación de beneficios y acepto cumplir y acatar todas las normas y reglamentos del Plan de Cuentas Individuales de Western States Insulators and Allied Workers. Certifico, bajo pena de perjurio, que todas mis declaraciones relacionadas con esta reclamación son verdaderas y correctas. Entiendo que una declaración falsa puede descalificarme para recibir los beneficios, y que la Mesa Directiva tendrá derecho a recuperar cualquier pago que se me haya realizado debido a una declaración falsa

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

1.



Western States Insulators and Allied Workers' Pension Plan  
Western States Insulators and Allied Workers' Individual Account Plan  
Western States Insulators and Allied Workers' Health Plan

---

**Finalización del empleo y jubilación**

Proporcione la siguiente información sobre su último empleo y su elección de jubilación. Por lo general, la fecha de vigencia de su jubilación será el primer día del mes siguiente al último día que trabajó, siempre que se cumplan todos los requisitos de elegibilidad y que su solicitud se haya recibido a tiempo en la Oficina del Fondo Fiduciario.

¿Sigue trabajando en la industria \*?    Sí     No

Si la respuesta es SÍ, ¿cuándo prevé que será su último día de trabajo? \_\_\_\_\_

Si la respuesta es NO, ¿cuándo fue su último día de trabajo? \_\_\_\_\_

Indique el nombre del empleador para el que trabajaba cuando estuvo empleado por última vez o el nombre de su empleador actual en su último día de trabajo:

Empleador: \_\_\_\_\_

Fecha en la que tiene previsto solicitar la jubilación: \_\_\_\_\_

***\* Trabajar en la industria significa trabajar para cualquier asociación, individuo, sociedad, corporación u otra entidad que realice trabajos del tipo cubierto por el acuerdo de negociación colectiva entre Western States Conference of Heat and Frost Insulators y Allied Workers y Western Insulation Contractors Association***

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



Western States Insulators and Allied Workers' Pension Plan  
Western States Insulators and Allied Workers' Individual Account Plan  
Western States Insulators and Allied Workers' Health Plan

**CERTIFICADO DE ESTADO CIVIL/SOLTERO**

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 se completa este formulario en su totalidad, incluida la firma ante notario público, y no se proporciona TODA la documentación solicitada, se producirá un retraso en el procedimiento de tramitación de su solicitud.**

Nombre del participante: \_\_\_\_\_ Núm. de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Estado civil:  Nunca se ha casado  Casado(a)  Divorciado(a)  Divorciado(a) y vuelto a casar  
 Separado(a) legalmente  Viudo(a)

**DATOS DE SU CÓNYUGE**

Nombre de su cónyuge: \_\_\_\_\_ Núm. de Seguro Social: \_\_\_\_\_

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

**DATOS SU CÓNYUGE ANTERIOR**

Nombre de su cónyuge anterior: (si no tiene, indique NINGUNO): \_\_\_\_\_

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

El matrimonio terminó debido a \_\_\_\_\_  
(Muerte, divorcio, disolución, otro (especifique))

**SI HA ESTADO CASADO MÁS DE UNA VEZ, ADJUNTE UNA HOJA APARTE CON LA INFORMACIÓN SOLICITADA EN EL ARTÍCULO B ANTERIORMENTE MENCIONADO PARA CADA MATRIMONIO ADICIONAL**

Proporcione copias completas de todas las sentencias de divorcio, acuerdos de separación, órdenes de relaciones intrafamiliares calificadas y cualquier otro documento adjunto relacionado con la terminación de su(s) matrimonio(s) anterior(es).

3.



Western States Insulators and Allied Workers' Pension Plan  
Western States Insulators and Allied Workers' Individual Account Plan  
Western States Insulators and Allied Workers' Health Plan

Página 2

Certificación de su estado civil

**POR LA PRESENTE CERTIFICO QUE TODA LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN LA PÁGINA UNO DE ESTE FORMULARIO HA SIDO COMPLETADA Y ES EXACTA.**

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

**COMPLETAR POR NOTARIO PÚBLICO**

El notario público u otro funcionario 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 dicho documento.

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

En día \_\_\_\_\_, ante mí, \_\_\_\_\_  
(inserte el nombre y el cargo de la oficina)

Compareció personalmente \_\_\_\_\_, quien me demostró, sobre la base de pruebas satisfactorias, ser la persona o personas cuyo nombre o nombres figuran en el presente instrumento y me reconoció que lo firmó en su calidad de tal, y mediante su(s) firma(s) en el instrumento, la(s) persona(s), o la entidad en nombre de la cual actuó(n) la(s) persona(s), firmó(n) el instrumento.

Certifico, bajo PENA DE PERJURIO según las leyes del estado de California, que el párrafo anterior es verdadero y correcto.

DOY FE con mi firma y mi sello oficial

\_\_\_\_\_  
Firma del notario público

Mi comisión expira el: \_\_\_\_\_

4.



Western States Insulators and Allied Workers' Pension Plan  
Western States Insulators and Allied Workers' Individual Account Plan  
Western States Insulators and Allied Workers' Health Plan

---

**ELECCIÓN DE OPCIONES DE PAGO**

Seleccione **una** de las opciones A, B, C, D o E que se enumeran a continuación:

**A. Opciones de suma global** (consulte también la opción E para el pago de suma global parcial y la opción de reinversión)

- La **suma global** del saldo total de la cuenta se pagará directamente a usted, menos la retención federal obligatoria del 20% y los impuestos estatales aplicables.
- Pago de suma global parcial** por una cantidad de \$ \_\_\_\_\_, menos la retención federal obligatoria del 20% y los impuestos estatales aplicables, y aplazar el saldo restante en el Plan. Se puede realizar una distribución parcial en un solo pago cada seis meses, pero no más de dos veces al año, siempre que el saldo restante sea superior a \$5,000.

**B. Opciones de anualidades** – **nota:** si elige una de las siguientes opciones, solo estarán disponibles a través de compañías de seguros independientes. La compañía de seguros determinará la anualidad real que se pagará en el momento de la compra. Aunque su solicitud completada se presentará en la Oficina del Fondo Fiduciario, si elige una de las siguientes opciones, su solicitud completada se enviará a Empower/MassMutual y su oficina se pondrá en contacto con usted para proporcionarle más detalles. **Hay un cargo administrativo único de \$175 por la configuración. El cargo se deducirá de su pago inicial.**

- Anualidad mancomunada y de sobreviviente calificada** del 50% o anualidad de sobreviviente opcional calificada del 75%. Entiendo que esta forma de pago me proporcionará un beneficio mensual de por vida y, tras mi muerte, un beneficio mensual a su cónyuge sobreviviente, y que todos los pagos finalizarán tras la muerte de su cónyuge.
- Anualidad vitalicia** Entiendo que esta forma de pago le proporcionará un beneficio mensual de por vida para mí, y que todos los pagos finalizarán tras mi muerte.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_



Western States Insulators and Allied Workers' Pension Plan  
Western States Insulators and Allied Workers' Individual Account Plan  
Western States Insulators and Allied Workers' Health Plan

---

**ELECTION OF PAYMENT OPTIONS CONT.**

**C. Opciones de pago a plazos/periódico – hay un cargo administrativo único de \$50 por la configuración. El cargo se deducirá de su pago inicial a plazos.**

**Pagos mensuales a lo largo de un período de 10 años** – Por la presente, elijo recibir mi distribución en pagos mensuales a lo largo de un período de diez años (120 pagos). El importe de la prestación mensual puede variar de un mes a otro basado en el valor actual de mi cuenta en el momento en que se realiza cada pago mensual. Entiendo que los pagos de la prestación cesarán cuando mi cuenta individual se haya agotado por completo. Entiendo que, si la cuenta individual no se agota por completo al final del periodo de diez años, el importe restante se me distribuirá en forma de pago único.

**Pagos a plazo por una cantidad de \$ \_\_\_\_\_**  
Los pagos de los beneficios cesarán cuando se agote completamente la cuenta individual. Entiendo que esta cantidad está sujeta a una retención fiscal federal del 20%.

**Pagos a plazo por un importe de \$ \_\_\_\_\_**  
El pago de beneficios cesará cuando se agote completamente la cuenta individual. Entiendo que esta cantidad está sujeta a una retención fiscal federal del 20%.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_



Western States Insulators and Allied Workers' Pension Plan  
Western States Insulators and Allied Workers' Individual Account Plan  
Western States Insulators and Allied Workers' Health Plan

**SELECCIÓN DE OPCIONES DE PAGO (CONTINUACIÓN)**

**D. Opciones de reinversión**

- Por la presente, elijo transferir el saldo de mi cuenta individual a **una cuenta IRA.**
- Por la presente, elijo transferir el saldo de mi cuenta individual a **otro plan calificado.**
- Por la presente, elijo recibir mi distribución en forma de reinversión en una cuenta **ROTH IRA.** Entiendo que la distribución estará sujeta a impuestos en el año de la distribución y he leído la notificación fiscal especial relativa a los pagos del Plan.
- Por la presente, elijo transferir mi saldo en el Plan de cuenta individual a una **cuenta IRA conyugal.** Esta opción de pago solo es válida para el cónyuge sobreviviente del participante.
- Por la presente, elijo recibir mi distribución en forma de reinversión en una **cuenta de jubilación individual heredada.** Para las reinversiones realizadas antes de la fecha de inicio obligatoria para los participantes: Las reinversiones realizadas de conformidad con la regla de esperanza de vida, a un beneficiario designado, deben realizarse antes de que finalice el año civil siguiente al año de la muerte del participante. Las reinversiones realizadas de conformidad con la regla de los cinco años, a cualquier otra persona o entidad, deben completarse antes de que finalice el año civil en el que se cumple el quinto aniversario de la fecha de la muerte del participante.

**Completar los siguientes datos de la cuenta de reinversión:**

Nombre de la cuenta: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Número de cuenta: \_\_\_\_\_

**CERTIFICACIÓN DE REINVERSIÓN**

Certifico que, si he elegido una reinversión directa de la totalidad o parte de mi beneficio, como destinatario de una reinversión directa, mi selección anterior es una cuenta de jubilación individual o una Anualidad; o un plan calificado que acepta reinversiones. Entiendo que el pago de mis beneficios al fideicomisario de la cuenta IRA o del plan calificado liberará al Plan de Cuentas Individuales de Western States Insulators and Allied Workers de cualquier otra obligación o responsabilidad con respecto al beneficio así pagado.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_



Western States Insulators and Allied Workers' Pension Plan  
Western States Insulators and Allied Workers' Individual Account Plan  
Western States Insulators and Allied Workers' Health Plan

**SELECCIÓN DE OPCIONES DE PAGO (CONTINUACIÓN)**

**E. Opción de pago único parcial y reinversión**

Por la presente, elijo reinvertir una suma global parcial, por una cantidad de \$ \_\_\_\_\_, y dejar el saldo restante en su cuenta. (proporcione la información de reinversión a continuación)

Por la presente, elijo recibir \$ \_\_\_\_\_ de mi cuenta individual en forma de distribución de la suma global. Entiendo que esta cantidad está sujeta a una retención fiscal federal del 20% y a cualquier retención fiscal estatal que sea, necesaria. Si esta distribución se realiza antes de que cumpla 55 años o de que quede en situación de incapacidad, podría aplicarse un impuesto del 10% sobre esta cantidad, además de mi impuesto sobre la renta habitual.

El saldo restante después de la distribución parcial de la suma global anteriormente realizada:

Permanecerá en la cuenta del plan

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**O**

- Reinversión a:**  Plan calificado  IRA tradicional o plan calificado  IRA conyugal  
 IRA heredada  IRA Roth

Nombre de la cuenta: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Número de cuenta: \_\_\_\_\_

**CERTIFICACIÓN DE REINVERSIÓN**

Certifico que, si he elegido una reinversión directa de la totalidad o parte de mi beneficio, como destinatario de una reinversión directa, mi selección anterior es una cuenta de jubilación individual o una Anualidad; o un plan calificado que acepta reinversiones. Entiendo que el pago de mis beneficios al fideicomisario de la cuenta IRA o del plan calificado liberará al Plan de Cuentas Individuales de Western States Insulators and Allied Workers de cualquier otra obligación o responsabilidad con respecto al beneficio así pagado.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**8.**



Western States Insulators and Allied Workers' Pension Plan  
Western States Insulators and Allied Workers' Individual Account Plan  
Western States Insulators and Allied Workers' Health Plan

---

**RECONOCIMIENTO DE IMPUESTOS FEDERALES SOBRE LA RENTA**

Entiendo que todos los pagos que reciba de este Plan son ingresos imponibles y que las opciones de suma global y pago de suma global parcial son elegibles para su reinversión en una cuenta IRA u otro plan calificado, y estarán sujetas a una retención **obligatoria del 20%** del impuesto sobre la renta si no se reinvierten. También entiendo que si recibo la distribución **antes de los 55 años, es posible que se pague una multa fiscal** del 10% además del impuesto sobre la renta habitual. Acuso recibo de la "Notificación fiscal especial" que explica estas normas.

Además, entiendo que **el Plan no ofrece asesoramiento fiscal** y que debe consultar a su propio asesor fiscal.

He leído la notificación sobre rentas vitalicias y renuncio al pago de beneficios en forma de renta vitalicia. Entiendo (1) que tengo derecho a recibir beneficios en forma de anualidad mancomunada y de sobreviviente si estoy casado, o de anualidad vitalicia individual si soy soltero. (2) Que tengo derecho a renunciar a dichos pagos de Anualidad, siempre que, si estoy casado, mi cónyuge dé su consentimiento por escrito a la renuncia; (3) los términos de la Anualidad y el efecto financiero de una renuncia; y (4) que puedo revocar cualquier renuncia vigente en cualquier momento antes de que comiencen los pagos de los beneficios.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**POR FAVOR, DEVUELVA LA SOLICITUD ORIGINAL FIRMADA A LA OFICINA DEL FONDO FIDUCIARIO A LA DIRECCIÓN QUE FIGURA A CONTINUACIÓN.**



Western States Insulators and Allied Workers' Pension Plan  
Western States Insulators and Allied Workers' Individual Account Plan  
Western States Insulators and Allied Workers' Health Plan

**CONSENTIMIENTO DEL CÓNYUGE PARA RECHAZAR LA ANUALIDAD  
MANCOMUNADA Y DE SOBREVIVIENTE**

Su cónyuge ha solicitado un beneficio del Plan de Cuentas Individuales de Western States Insulators and Allied Workers. Dado que está casado, la ley federal y las normas del Plan exigen que los beneficios se paguen a usted y a su cónyuge jubilado en forma de una anualidad mancomunada y de sobreviviente. La anualidad mancomunada y de sobreviviente le garantiza un pago continuo tras el fallecimiento de su cónyuge. Revise la explicación de la prestación mensual que se pagaría antes del fallecimiento de su cónyuge y, posteriormente, a usted si su cónyuge falleciera primero.

He leído la explicación escrita sobre la anualidad mancomunada y de sobreviviente y entiendo que tengo derecho a recibir las prestaciones mancomunadas y de sobreviviente a pesar de la objeción de mi cónyuge, negándome a firmar este consentimiento.

Por la presente, consiento que mi cónyuge rechace la anualidad mancomunada y de sobreviviente como método de pago del saldo de la cuenta que se recibirá del Plan de Cuentas Individuales de Western States Insulators and Allied Workers. Entiendo que, como resultado de mi consentimiento, no recibiré ningún beneficio del Plan de Cuentas Individuales si mi cónyuge fallece, salvo que quede un saldo en la cuenta de mi cónyuge.

Entiendo que su cónyuge puede revocar este rechazo antes de que comiencen los beneficios, en cuyo caso los beneficios se pagarán bajo la anualidad mancomunada y de sobreviviente, salvo que usted vuelva a dar su consentimiento para el rechazo.

Nombre de su cónyuge: \_\_\_\_\_  
(Por favor, escriba en letra de imprenta)

Firma de su cónyuge: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**COMPLETAR POR NOTARIO PÚBLICO**

El notario público u otro funcionario 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 dicho documento.

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

En día \_\_\_\_\_, ante mí, \_\_\_\_\_  
(inserte el nombre y el cargo de la oficina)

Compareció personalmente \_\_\_\_\_, quien me demostró, basándose en pruebas satisfactorias, que es la persona o personas cuyo nombre o nombres figuran en el presente instrumento y me reconoció que lo firmó en su calidad de tal, y mediante su(s) firma(s) en el instrumento, la(s) persona(s), o la entidad en nombre de la cual actuó(n) la(s) persona(s), formalizó(n) el instrumento.

Certifico, bajo PENA DE PERJURIO según las leyes del estado de California, que el párrafo anterior es verdadero y correcto.

DOY FE con mi firma y mi sello oficial \_\_\_\_\_  
Forma del notario público

Mi comisión expira el: \_\_\_\_\_



Western States Insulators and Allied Workers' Pension Plan  
Western States Insulators and Allied Workers' Individual Account Plan  
Western States Insulators and Allied Workers' Health Plan

---

## **RENUNCIA AL PLAZO DE 30 DÍAS**

Se le ha proporcionado información y formularios para completar en relación con la distribución de los beneficios que le corresponden del Plan. Las normas del IRS generalmente exigen que el Plan retrase la distribución o el retiro hasta que hayan transcurrido al menos 30 días después de que haya recibido estos documentos. La regla de los 30 días tiene por objeto darles a usted y a su cónyuge tiempo suficiente para sopesar sus opciones de pago. Sin embargo, puede renunciar al período de 30 días y recibir su distribución antes completando la Declaración de renuncia a la notificación de 30 días que figura a continuación.

Si renuncia al período de espera de 30 días, sus beneficios comenzarán tan pronto como el octavo día después de que se le haya proporcionado este formulario y la notificación que describe la anualidad mancomunada y de sobreviviente calificada. Antes de completar la renuncia a continuación, tenga en cuenta lo siguiente:

Según la ley, usted y su cónyuge tienen derecho a considerar sus selecciones de pago durante al menos 30 días. Esto incluye el derecho a recibir o renunciar a la Anualidad mancomunada y de sobreviviente calificada (descrita en la Descripción resumida del Plan). Este período de 30 días tiene por objeto darle tiempo para considerar las opciones de pago del plan y decidir si desea evitar la retención de impuestos y la tributación actual mediante la transferencia de una distribución de reinversión elegible en una reinversión directa a un plan calificado o una cuenta de jubilación individual. También se le ha proporcionado información sobre cuánto aumentarán sus beneficios si aplaza su jubilación. Este período de 30 días también tiene por objeto darle tiempo para considerar la posibilidad de aplazar su jubilación.

Puede tomarse al menos 30 días para tomar sus decisiones de pago, y nadie puede obligarlo a recibir el pago antes. Si completa la renuncia que figura a continuación, durante los 7 días posteriores a la recepción de este formulario, podrá revocar la renuncia, cambiar de opinión y tomarse más tiempo para considerar sus opciones de pago.

---

### **Renuncia y selección del participante**

Yo, \_\_\_\_\_, he leído la notificación al participante y al cónyuge anteriormente. Entiendo que mi cónyuge y yo tenemos la oportunidad de considerar mis opciones de pago durante al menos 30 días después de que se me proporcionen los formularios y la información de la distribución. Debido a que deseo recibir los pagos de mis beneficios antes de que finalice este período, elijo voluntariamente renunciar a mi derecho a retrasar el pago durante 30 días. En su lugar, solicito que el Plan le realice el pago tan pronto como sea administrativamente posible después del séptimo día siguiente a la entrega de dichos formularios e información. Entiendo que puedo cambiar de opinión y revocar esta renuncia durante este período de siete días.

**Firma del participante:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma de su cónyuge:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**\*Las firmas deben estar certificadas por un notario. (Completar el reconocimiento notarial para todo uso que se encuentra en la página 11)\***



Western States Insulators and Allied Workers' Pension Plan  
Western States Insulators and Allied Workers' Individual Account Plan  
Western States Insulators and Allied Workers' Health Plan

**DECLARACIÓN DE RENUNCIA A LA NOTIFICACIÓN DE 30 DÍAS – continuación**

**COMPLETAR POR NOTARIO PÚBLICO**

El notario público u otro funcionario 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 dicho documento.

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

En día \_\_\_\_\_, ante mí, \_\_\_\_\_  
(inserte el nombre y el cargo de la oficina)

Compareció personalmente \_\_\_\_\_, quien me demostró, sobre la base de pruebas satisfactorias, ser la persona o personas cuyo nombre o nombres figuran en el presente instrumento y me reconoció que lo firmó en su calidad de tal, y mediante su(s) firma(s) en el instrumento, la(s) persona(s), o la entidad en nombre de la cual actuó(n) la(s) persona(s), firmó(n) el instrumento.

Certifico, bajo PENA DE PERJURIO según las leyes del estado de California, que el párrafo anterior es verdadero y correcto.

DOY FE con mi firma y mi sello oficial

\_\_\_\_\_  
Firma del notario público

Mi comisión expira el: \_\_\_\_\_



## SELECCIÓN DE RETENCIÓN DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA DEL ESTADO

Estado: \_\_\_\_\_  
(Especifique el estado)

Elija uno:  :

- Por favor, retenga el impuesto sobre la renta estatal de la distribución a un índice del 10% de la cantidad retenida en el impuesto sobre la renta federal.
- Por favor, retenga \$ \_\_\_\_\_ de mi distribución en el impuesto sobre la renta estatal.
- Por favor, NO retenga ningún impuesto estatal sobre la renta de la distribución.

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



## Solicitud para depósito directo

- Puede adjuntar un cheque **anulado** para cuentas corrientes **O un recibo de depósito de ahorros** para cuentas de ahorro.
- Este formulario **DEBE estar firmado y fechado**.
- El procedimiento para procesar su solicitud de transferencia electrónica de fondos (EFT) puede tardar entre 4 y 6 semanas.
- Les informamos que esta oficina **no puede** enviar fondos a bancos extranjeros.

**Si tiene alguna pregunta, comuníquese a la Oficina del Fondo Fiduciario en el número de teléfono que se indica a continuación.**

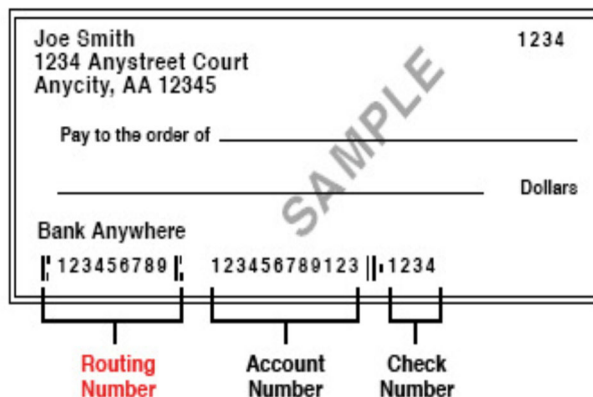
### DATOS DE LA CUENTA

**SELECCIONE UNO:**  Cuenta corriente **O**  Cuenta de ahorros

Nombre del banco: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Número de ruta (*Routing number*): \_\_\_\_\_ Número de cuenta: \_\_\_\_\_

A medida que se vayan venciendo los pagos de beneficios que me corresponden del Plan de Cuenta Individual o del Plan de Jubilación, autorizo a la Oficina Administrativa a realizar el pago mediante transferencia electrónica de fondos (o, si no fuera posible, mediante envío directo por correo de un cheque) a nombre de la institución financiera mencionada anteriormente para que se acredite en mi cuenta. Autorizo a dicha institución financiera a reembolsar el importe equivalente a cualquier pago que venza después de mi fallecimiento y que se haya acreditado en mi cuenta, o a cargar dicho importe en la cuenta. Me reservo el derecho de cancelar esta autorización e instrucción mediante la notificación por escrito a la Oficina Administrativa.



**Notificaré por escrito a la Oficina Administrativa cualquier cambio en mi domicilio permanente y, en ese momento, indicaré si se continúan enviando los cheques a la entidad financiera aquí mencionada.**

Nombre: \_\_\_\_\_ Núm. Seguro Social: \_\_\_\_\_

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



Western States Insulators and Allied Workers' Pension Plan  
Western States Insulators and Allied Workers' Individual Account Plan  
Western States Insulators and Allied Workers' Health Plan

---

## **NOTIFICACIÓN FISCAL ESPECIAL RELATIVA A LOS PAGOS DEL PLAN**

### **SUS OPCIONES DE REINVERSIÓN**

Recibe esta notificación porque la totalidad o una parte del pago que recibe del Plan de Cuentas Individuales de Western States Insulators and Allied Workers (el "Plan") es elegible para ser reinvertido en una cuenta IRA o en un plan de empleador. El objetivo de esta notificación es 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). Si también recibe un pago de una cuenta Roth designada en el Plan, se le proporcionará una notificación diferente para ese pago, y el administrador del Plan o el pagador le informarán de la cantidad que se paga desde cada cuenta.

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

### **INFORMACIÓN GENERAL SOBRE LA REINVERSIÓN**

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

Se le aplicarán impuestos sobre cualquier pago del Plan si no lo reinvierte. Si es menor de 59½ años y no realiza una reinversión, también tendrá que pagar un impuesto sobre la renta adicional del 10% sobre las distribuciones anticipadas (por lo general, las distribuciones realizadas antes de los 59½ años), 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 no se aplicará el impuesto sobre la renta adicional del 10 % si esos pagos se realizan después de que usted cumpla 59½ años (o si se aplica una excepción).

#### **¿Qué tipos de cuentas y planes de jubilación pueden aceptar su reinversión?**

Puede reinvertir el pago en una cuenta IRA (cuenta de jubilación individual o anualidad de jubilación individual) o en un plan de empleador (un plan calificado, un plan de la sección 403(b) o un plan gubernamental de la sección 457(b)) que acepte la reinversión.

Las normas de la cuenta IRA o del plan del empleador que mantenga la reinversión determinarán sus opciones de inversión, los cargos y sus derechos de pago de la cuenta IRA o del plan del empleador (por ejemplo, las normas de consentimiento del cónyuge no se aplican a las cuentas IRA y estas no pueden conceder préstamos). Además, la cantidad reinvertida estará sujeta a las normas fiscales que se aplican a la cuenta IRA o al plan del empleador.



Western States Insulators and Allied Workers' Pension Plan  
Western States Insulators and Allied Workers' Individual Account Plan  
Western States Insulators and Allied Workers' Health Plan

---

### ¿Cómo realizo una reinversión?

Hay dos formas de realizar una reinversión. Puede realizar una reinversión directa o una reinversión de 60 días.

Si realiza una reinversión directa, el Plan realizará el pago directamente a su IRA o al plan de su empleador. Debe ponerse en contacto con el patrocinador de la IRA o el administrador del plan de su empleador para obtener información sobre cómo realizar una reinversión directa.

Si no realiza una reinversión directa, aún puede realizar una reinversión haciendo un depósito en una cuenta IRA o en un plan de empleador elegible que lo acepte. Por lo general, tendrá 60 días después de recibir el pago para hacer 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 recibidos, excepto las acciones del empleador). Esto significa que, para reinvertir la totalidad del pago en una reinversión de 60 días, debe utilizar otros fondos para compensar el 20% retenido. Si no reinvierte la totalidad del pago, la parte no reinvertida estará sujeta a impuestos y al impuesto sobre la renta adicional del 10% por distribuciones anticipadas si es menor de 59½ años (salvo que se aplique una excepción).

### ¿Cuánto puedo reinvertir?

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

- Ciertos pagos repartidos a lo largo de un período de al menos 10 años o a lo largo de su vida o esperanza de vida (o la vida o esperanza de vida conjunta de usted y su beneficiario);
- Las distribuciones mínimas obligatorias después de los 70 años y medio (o después de la muerte);
- Las distribuciones por dificultades económicas;
- Los dividendos del ESOP;
- Las distribuciones correctivas de las cotizaciones que superen los límites de la legislación fiscal;
- Los préstamos tratados como distribuciones estimadas (por ejemplo, los préstamos en mora debido a impagos antes de que finalice su empleo);
- Costo del seguro de vida que se paga mediante el Plan;
- Pagos de determinadas cotizaciones de inscripción automática que se solicitan retirar en un plazo de 90 días a partir de la primera cotización; y
- Cantidades tratadas como distribuidas debido a una asignación prohibida de acciones de sociedades S en el marco de un ESOP (además, por lo general, habrá consecuencias fiscales adversas si se reinvierte la distribución de acciones de sociedades S en una cuenta IRA).

El administrador del plan o el pagador pueden informarle qué parte del pago es elegible para la reinversión.

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

Si tiene menos de 59½ años, el impuesto sobre la renta adicional del 10% se pagará sobre las distribuciones anticipadas en caso de que no reinvierta las cantidades retenidas en concepto de impuesto sobre la renta, salvo



Western States Insulators and Allied Workers' Pension Plan  
Western States Insulators and Allied Workers' Individual Account Plan  
Western States Insulators and Allied Workers' Health Plan

---

que se aplique alguna de las excepciones que se enumeran a continuación. Este impuesto se aplica a la parte de la distribución que debe incluir en sus ingresos y se suma al impuesto sobre la renta habitual del pago no reinvertido.

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

- Pagos realizados después de separarse del servicio si tiene al menos 55 años en el año de la separación;
- Pagos que comienzan después de separarse del servicio si se pagan al menos una vez al año en cantidades iguales o casi iguales durante su vida o esperanza de vida (o la vida o esperanza de vida conjunta de usted y su beneficiario);
- Pagos de un plan gubernamental realizados después de su separación del servicio si es usted un empleado de seguridad pública capacitado y tiene al menos 50 años en el año de la separación;
- Pagos realizados por incapacidad;
- Pagos después de su muerte;
- Pagos de dividendos del ESOP;
- Distribuciones correctivas de cotizaciones que superan los límites de la legislación fiscal;
- El costo del seguro de vida pagado por el Plan;
- Los pagos realizados directamente al gobierno para satisfacer un impuesto federal;
- Los pagos realizados en virtud de una orden de relaciones intrafamiliares calificadas (QDRO);
- Los pagos hasta la cantidad de sus gastos médicos deducibles (sin importar si detalla las deducciones para el año fiscal);
- Ciertos pagos realizados mientras se esté en servicio activo si era miembro de un componente de reserva llamado al servicio después del 11 de septiembre de 2001 durante más de 179 días;
- Pagos de ciertas cotizaciones de inscripción automática que se solicita retirar en un plazo de 90 días a partir de la primera cotización;
- Pagos por ciertas distribuciones relacionadas con ciertos desastres declarados por el gobierno federal; y
- Pagos por jubilación gradual realizados para empleados federales.

**Si realizo 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 59½ años, tendrá que pagar el impuesto adicional sobre la renta del 10% sobre las distribuciones anticipadas en la parte de la distribución que debe incluir en sus ingresos, salvo que se aplique una excepción. En general, las excepciones al impuesto sobre la renta adicional 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, hay algunas diferencias para los pagos de una cuenta IRA, entre ellas:

- No se aplica la excepción para los pagos realizados después de separarse del servicio si tiene al menos 55 años en el año de la separación (o 50 años para los empleados de seguridad pública capacitados).
  - No se aplica la excepción para órdenes de relaciones intrafamiliares calificadas (QDRO, por sus siglas en inglés), aunque se aplica una Regla especial según la cual, como parte de un acuerdo de divorcio o separación, se puede realizar una transferencia libre de impuestos directamente a una cuenta IRA de un cónyuge o excónyuge.
-



Western States Insulators and Allied Workers' Pension Plan  
Western States Insulators and Allied Workers' Individual Account Plan  
Western States Insulators and Allied Workers' Health Plan

---

- La excepción para pagos realizados al menos una vez al año en cantidades iguales o casi iguales durante un período específico se aplica independientemente de si ha dejado de prestar servicios.
- Existen excepciones adicionales para (1) pagos por gastos de educación superior calificados, (2) pagos de hasta \$10,000 utilizados en la compra de una primera vivienda calificada y (3) pagos de primas de seguro médico después de haber recibido el subsidio por desempleo durante 12 semanas consecutivas (o haber sido elegible para recibir el subsidio por desempleo de no ser por su estado de trabajador autónomo).

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

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

### **NORMAS ESPECIALES Y OPCIONES**

#### **Si su pago incluye cotizaciones después de impuestos**

Las cotizaciones después de impuestos incluidas en un pago no están sujetas a impuestos. Si un pago es solo una parte de su beneficio, se incluye en el pago una parte asignable de sus cotizaciones después de impuestos, por lo que no puede recibir un pago solo de cotizaciones después de impuestos.

Sin embargo, si tiene cotizaciones después de impuestos anteriores a 1987 mantenidas en una cuenta separada, es posible que se aplique una norma especial para determinar si las cotizaciones después de impuestos se incluyen en un pago. Además, se aplican normas especiales cuando realiza una reinversión, como se describe a continuación.

Usted puede reinvertir en una cuenta IRA un pago que incluya cotizaciones después de impuestos mediante una reinversión directa o una reinversión de 60 días. Debe llevar un registro de la cantidad total de las cotizaciones después de impuestos en todas sus cuentas IRA (para determinar sus ingresos imposables para pagos posteriores de las cuentas IRA). Si realiza una reinversión directa de solo una parte del importe pagado por el Plan y, al mismo tiempo, se le paga el resto, la parte reinvertida directamente consiste, en primer lugar, en el importe que estaría sujeto a impuestos si no se reinvirtiera. Por ejemplo, supongamos que recibe una distribución de \$12,000, de los cuales \$2,000 son cotizaciones después de impuestos. En este caso, si reinvierte directamente \$10,000 en una cuenta IRA que no es una cuenta Roth IRA, ninguna cantidad está sujeta a impuestos porque los \$2,000 que no se reinvierten directamente se tratan como contribuciones después de impuestos. Si realiza una reinversión directa de la totalidad del importe pagado por el Plan a dos o más destinos al mismo tiempo, puede elegir qué destino recibe las contribuciones después de impuestos.

Si realiza una reinversión de 60 días a una cuenta IRA de solo una parte de un pago que se le ha realizado, las cotizaciones después de impuestos se tratan como reinvertidas en último lugar. Por ejemplo, supongamos que recibe una distribución de \$12,000, de los cuales \$2,000 son cotizaciones después de impuestos, y ninguna parte de la distribución se reinvierte directamente. En este caso, si reinvierte \$10,000 en una cuenta IRA que no es una cuenta Roth IRA en una reinversión de 60 días, no se grava ninguna cantidad porque los \$2,000 no reinvertidos se consideran contribuciones después de impuestos.



Western States Insulators and Allied Workers' Pension Plan  
Western States Insulators and Allied Workers' Individual Account Plan  
Western States Insulators and Allied Workers' Health Plan

---

Puede reinvertir en un plan del empleador la totalidad de un pago que incluya contribuciones después de impuestos, pero solo a través de una reinversión directa (y solo si el plan receptor realiza la contabilidad por separado de las contribuciones después de impuestos y no es un plan gubernamental de la sección 457(b)). Puede realizar una reinversión de 60 días a un plan del empleador de parte de un pago que incluya cotizaciones después de impuestos, pero solo hasta la cantidad del pago que estaría sujeta a impuestos si no se reinvirtiera.

**Si no cumple con el plazo de 60 días para la reinversión**

Por lo general, el plazo de 60 días para la reinversión no se puede prolongar. Sin embargo, el IRS tiene la autoridad limitada de eximir del plazo en determinadas circunstancias extraordinarias, como cuando acontecimientos externos le impidieron completar la reinversión antes de que venciera el plazo de 60 días. En determinadas circunstancias, puede solicitar la exención del plazo de 60 días para la reinversión mediante una auto certificación por escrito. De lo contrario, para solicitar una exención al IRS, debe presentar una solicitud de resolución privada por carta al IRS. Las solicitudes de resolución privada por carta requieren el pago de un cargo no reembolsable. Para obtener más información, consulte la Publicación 590-A del IRS, *Cotizaciones a planes de jubilación individuales (IRA) [Contributions to Individual Retirement Arrangements (IRAs)]*.

**Si su pago incluye acciones del empleador que no reinvierte**

Si no realiza una reinversión, puede aplicar una norma especial a los pagos de acciones del empleador (u otros valores del empleador) que sean atribuibles a contribuciones después de impuestos o pagados en la suma global después de la separación del servicio (o después de los 59½ años, incapacidad o muerte del participante). Según la norma especial, la revalorización neta no realizada de las acciones no se gravará cuando se realice la distribución desde el Plan y se gravará a los tipos de ganancia de capital cuando venda las acciones. La apreciación neta no realizada es, por lo general, el aumento del valor de las acciones del empleador después de que fueron adquiridas por el Plan. Si realiza una reinversión para un pago que incluye acciones del empleador (por ejemplo, vendiendo las acciones y reinvertiendo los ingresos en un plazo de 60 días a partir del pago), la norma especial relativa a las acciones del empleador distribuidas no se aplicará a ningún pago posterior del IRA o del plan del empleador. El administrador del Plan puede informarle de la cantidad de cualquier apreciación neta no realizada.

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

Si tiene un préstamo pendiente del Plan, su beneficio del Plan puede compensarse con la cantidad pendiente del préstamo, normalmente cuando finaliza su empleo. La cantidad compensada se considera una distribución a su favor en el momento de la compensación.

Por lo general, usted puede reinvertir la totalidad o una parte del importe compensatorio. Cualquier importe compensatorio que no se reinvierta estará sujeto a impuestos (incluido el impuesto sobre la renta adicional del 10% sobre las distribuciones anticipadas, salvo que se aplique una excepción). Usted puede reinvertir los importes compensatorios en una cuenta IRA o en un plan de empleador (si las condiciones del plan de empleador permiten que el plan reciba transferencias compensatorias de préstamos del plan).

El plazo para completar la reinversión depende del tipo de compensación de préstamo del plan que tenga. Si



Western States Insulators and Allied Workers' Pension Plan  
Western States Insulators and Allied Workers' Individual Account Plan  
Western States Insulators and Allied Workers' Health Plan

---

tiene una compensación de préstamo del plan calificada, tendrá hasta la fecha de vencimiento de su declaración de impuestos (incluidas las extensiones) del año fiscal en el que se produce la compensación para completar su reinversión. Una compensación de préstamo del plan calificado se produce cuando un préstamo del plan en regla se compensa porque su plan de empleador termina o porque usted deja de trabajar. Si su compensación de préstamo del plan se produce por cualquier otra razón, entonces tiene 60 días a partir de la fecha en que se produce la compensación para completar su reinversión.

**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 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 jubilaciones y Anualidades [Pension and Annuity Income]*.

**Si su pago proviene de un plan gubernamental de la sección 457(b)**

Si el Plan es un plan gubernamental de la sección 457(b), se aplican generalmente las mismas normas descritas en otras partes de la notificación, lo que le permite reinvertir el pago en una cuenta IRA o en un plan de empleador que acepte reinversiones. Una diferencia es que, si no realiza una reinversión, no tendrá que pagar el 10% adicional del impuesto sobre la renta por distribuciones anticipadas del Plan, incluso si es menor de 59½ años (salvo que el pago provenga de una cuenta separada que contenga contribuciones transferidas que se hicieron al Plan desde un plan calificado para impuestos, un plan de la sección 403(b) o una cuenta IRA). Sin embargo, si realiza una reinversión en una cuenta IRA o en un plan de empleador que no sea un plan gubernamental de la sección 457(b), la distribución posterior realizada antes de los 59 años y medio estará sujeta al impuesto sobre la renta adicional del 10% sobre las distribuciones anticipadas (salvo que se aplique una excepción). Otras diferencias incluyen que no puede realizar una reinversión si el pago debe a una "emergencia imprevisible" y no se aplican las normas especiales de "Si su pago incluye acciones del empleador que no reinvierte" y "Si nació el 1 de enero de 1936 o antes".

**Si usted es un funcionario de seguridad pública jubilado que es elegible y su pago se utiliza para pagarse la cobertura médica o un seguro de cuidados calificados de largo plazo que es elegible**

Si el plan es un plan gubernamental, usted se jubiló como agente de seguridad pública y su jubilación se debió a una incapacidad o se produjo después de la edad de jubilación normal, puede excluir de sus ingresos imponibles los pagos del plan abonados directamente como primas a un plan de accidentes o de salud (o a un contrato de seguro de cuidados a largo plazo que cumpla los requisitos) que su empleador mantenga para usted, su cónyuge o sus dependientes, hasta un máximo de \$3,000 al año. A estos efectos, un agente de seguridad pública es un agente de la ley, un bombero, un capellán o un miembro de un equipo de rescate o de una ambulancia.

**Si reinvierte su pago en una cuenta Roth IRA**

Si reinvierte un pago del Plan en una cuenta Roth IRA, se aplica una regla especial según la cual se gravará la

---



Western States Insulators and Allied Workers' Pension Plan  
Western States Insulators and Allied Workers' Individual Account Plan  
Western States Insulators and Allied Workers' Health Plan

---

cantidad del pago reinvertido (deducida 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 transferida de la cuenta Roth IRA en un plazo de 5 años, a partir del 1 de enero del año de la reinversión).

Si reinvierte la cantidad en una cuenta Roth IRA, los pagos posteriores de la cuenta Roth IRA que sean distribuciones calificadas no estarán sujetos a impuestos (incluidas las ganancias posteriores a la reinversión). Una distribución calificada de una cuenta Roth IRA es un pago realizado después de que usted haya cumplido 59 años y medio (o después de su muerte o incapacidad, o como una distribución calificada para la compra de una primera vivienda de hasta \$10,000) y después de que haya tenido una cuenta Roth IRA durante al menos 5 años. Al aplicar esta norma de 5 años, se cuenta a partir del 1 de enero del año en que se realizó la primera cotización a una cuenta Roth IRA. Los pagos de la cuenta Roth IRA que no sean distribuciones calificadas estarán sujetos a impuestos en la medida de las ganancias después de la reinversión, incluido el impuesto sobre la renta adicional del 10% sobre las distribuciones anticipadas (salvo que se aplique una excepción). Usted no tiene que realizar las distribuciones mínimas obligatorias 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 realiza una reinversión en una cuenta Roth designada en el Plan**

No puede reinvertir una distribución en una cuenta Roth designada en el plan de otro empleador. Sin embargo, puede reinvertir la distribución en una cuenta Roth designada en el Plan distribuidor. Si reinvierte un pago del Plan en una cuenta Roth designada en el Plan, se gravará la cantidad del pago reinvertido (menos cualquier importe después de impuestos transferido directamente). Sin embargo, no se aplicará el impuesto adicional del 10% sobre las distribuciones anticipadas (salvo que retire la cantidad reinvertida de la cuenta Roth designada dentro del período de 5 años que comienza el 1 de enero del año de la reinversión).

Si reinvierte el pago en una cuenta Roth designada en el Plan, los pagos posteriores de la cuenta Roth designada que sean distribuciones calificadas no estarán sujetos a impuestos (incluidas las ganancias posteriores a la reinversión). Una distribución calificada de una cuenta Roth designada es un pago realizado después de que usted haya cumplido 59½ años (o después de su muerte o incapacidad) y después de que haya tenido una cuenta Roth designada en el Plan durante al menos 5 años. Al aplicar esta regla de 5 años, se cuenta a partir del 1 de enero del año en que se realizó la primera contribución a la cuenta Roth designada. Sin embargo, si realizó una reinversión directa a una cuenta Roth designada en el Plan desde una cuenta Roth designada en un plan de otro empleador, el período de 5 años comienza el 1 de enero del año en que realizó la primera contribución a la cuenta Roth designada en el Plan o, si es anterior, a la cuenta Roth designada en el plan del otro empleador. Los pagos de la cuenta Roth designada que no sean distribuciones calificadas se gravarán en la medida de las ganancias después de la reinversión, incluido el impuesto sobre la renta adicional del 10% sobre las distribuciones anticipadas (salvo que se aplique una excepción).

#### **Si no es participante del Plan**

Pagos tras la muerte del participante. Si recibe la distribución tras la muerte del participante que no reinvierte, la distribución generalmente se gravará de la misma manera que se describe en otras secciones de la notificación. Sin embargo, no se aplican el impuesto sobre la renta adicional del 10% sobre las distribuciones anticipadas ni

---



Western States Insulators and Allied Workers' Pension Plan  
Western States Insulators and Allied Workers' Individual Account Plan  
Western States Insulators and Allied Workers' Health Plan

---

las normas especiales para los funcionarios de seguridad pública, y la norma especial descrita en la sección "Si nació el 1 de enero de 1936 o antes" solo se aplica si el participante nació el 1 de enero de 1936 o antes.

**Si es usted 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 y como se describe en otra parte de la notificación. Además, si decide realizar una reinversión a una cuenta IRA, puede tratar la cuenta IRA como propia o como una cuenta IRA heredada.

Una cuenta IRA que trate como propia se trata como cualquier otra cuenta IRA suya, de modo que los pagos que se le hagan antes de que cumpla 59 años y medio estarán sujetos al impuesto sobre la renta adicional del 10% sobre las distribuciones anticipadas (salvo que se aplique una excepción) y las distribuciones mínimas obligatorias de su cuenta IRA no tienen que comenzar hasta después de que cumpla 72 años.

Si trata la cuenta IRA como una cuenta IRA heredada, los pagos de la cuenta IRA no estarán sujetos al impuesto sobre la renta adicional del 10% sobre las distribuciones anticipadas. Sin embargo, si el participante había comenzado a recibir las distribuciones mínimas obligatorias, usted tendrá que recibir las distribuciones mínimas obligatorias de la cuenta IRA heredada. Si el participante no había comenzado a recibir las distribuciones mínimas obligatorias del Plan, usted no tendrá que comenzar a recibir las distribuciones mínimas obligatorias de la cuenta IRA heredada hasta el año en que el participante hubiera cumplido 72 años.

**Si es un beneficiario superviviente que no sea el cónyuge.** Si recibe un pago del Plan debido a la muerte del participante y es un beneficiario designado que no sea el 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 del 10% sobre las distribuciones anticipadas. Tendrá que recibir las distribuciones mínimas obligatorias de la cuenta IRA heredada.

Pagos en virtud de una orden de relaciones intrafamiliares calificadas. Si usted es el cónyuge o excónyuge del participante que recibe un pago del Plan en virtud de una orden de relaciones intrafamiliares calificadas (QDRO), por lo general tiene las mismas opciones y el mismo tratamiento fiscal que tendría el participante (por ejemplo, puede reinvertir el pago en su propia cuenta IRA o en un plan de empleador elegible que lo acepte). Sin embargo, los pagos en virtud de la QDRO no estarán sujetos al impuesto sobre la renta adicional del 10% sobre las distribuciones anticipadas.

### **Si usted es un extranjero no residente**

Si usted es un extranjero no residente y no realiza una reinversión directa a una cuenta IRA de los EEUU o a un plan de empleador, en lugar de retener el 20%, el Plan generalmente debe retener el 30% del pago en concepto de impuestos federales sobre la renta. Si la cantidad retenida supera la cantidad del impuesto que debe pagar (como puede ocurrir si realiza una reinversión de 60 días), puede solicitar la devolución del impuesto sobre la renta presentando el formulario 1040NR y adjuntando su formulario 1042-S. Consulte el formulario W-8BEN para realizar la reclamación de que tiene derecho a una tasa reducida de retención en virtud de un



Western States Insulators and Allied Workers' Pension Plan  
Western States Insulators and Allied Workers' Individual Account Plan  
Western States Insulators and Allied Workers' Health Plan

---

tratado sobre el impuesto sobre la renta. Para obtener más información, consulte también la Publicación 519 del IRS, *Guía fiscal de los EEUU para extranjeros [U.S. Tax Guide for Aliens]*, y la Publicación 515 del IRS, *Retención de impuestos a extranjeros no residentes y entidades extranjeras [Withholding of Tax on Nonresident Aliens and Foreign Entities]*.

### Otras normas especiales

Si un pago forma parte de una serie de pagos por menos de 10 años, su elección de realizar una reinversión directa se aplicará a todos los pagos posteriores de la serie (salvo que elija otra opción para los pagos posteriores).

Si sus pagos para el año son inferiores a \$200 (sin incluir los pagos de una cuenta Roth designada en el Plan), el Plan no está obligado a permitirle realizar una reinversión directa ni a retener impuestos federales sobre la renta. Sin embargo, usted puede realizar una reinversión en un plazo de 60 días.

Salvo que elija lo contrario, un reembolso obligatorio de más de \$1,000 (sin incluir los pagos de una cuenta Roth designada en el Plan) se reinvertirá directamente en una cuenta IRA elegida por el administrador del Plan o el pagador. Un retiro obligatorio es un pago de un plan a un participante realizado antes de los 62 años (o la edad de jubilación normal, si es posterior) y sin consentimiento, en el que el beneficio del participante no supera los \$5,000 (sin incluir las cantidades retenidas en el plan como resultado de una reinversión previa realizada al plan).

Es posible que tenga derechos especiales de reinversión si ha servido recientemente en las Fuerzas Armadas de los EEUU. Para obtener más información sobre los derechos especiales de reinversión relacionados con las Fuerzas Armadas de los EEUU, consulte la Publicación 3 del IRS, *Guía fiscal de las Fuerzas Armadas [Armed Forces' Tax Guide]*. También puede tener derechos especiales de reinversión si se vio afectado por un desastre declarado por el gobierno federal (o un evento similar), o si recibió la distribución a causa de un desastre. Para obtener más información sobre los derechos especiales de reinversión relacionados con la ayuda en caso de desastre, consulte el sitio web del IRS en [www.irs.gov](http://www.irs.gov).

### PARA MÁS INFORMACIÓN

Es posible que desee consultar con el administrador o pagador del Plan, o con un asesor fiscal profesional, antes de aceptar un pago del Plan. Además, puede encontrar información más detallada sobre el tratamiento fiscal federal de los pagos de los planes de los empleadores en: Publicación 575 del IRS, *Ingresos por pensiones y rentas vitalicias [Pension and Annuity Income]*; Publicación 590-A del IRS, *Cotizaciones a planes de jubilación individuales (IRA) [Contributions to Individual Retirement Arrangements (IRAs)]*; Publicación 590-B del IRS, *Distribuciones de planes de jubilación individuales (IRA) [Distributions from Individual Retirement Arrangements (IRAs)]*; y Publicación 571 del IRS, *Planes de Aualidades con exención fiscal (planes 403(b)) [Tax-Sheltered Annuity Plans (403(b) Plans)]*. Estas publicaciones están disponibles en la oficina local del IRS, en el sitio web [www.irs.gov](http://www.irs.gov) o llamando al 1-800-TAX-FORM.