



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

Solicitud de jubilación

De acuerdo con su solicitud, adjuntamos la información necesaria para iniciar el procedimiento de solicitud de beneficios de jubilación del Plan de Jubilación de Western States Insulators and Allied Workers.

Para evitar retrasos en la tramitación y el pago de sus beneficios, siga las instrucciones detenidamente y con la mayor exhaustividad posible. Envíe su solicitud completada con toda la documentación de apoyo **12 semanas antes** de la fecha prevista para su jubilación.

IMPORTANTE: La ley federal y/o las Reglas del plan exigen pruebas de su edad, la edad de su cónyuge, su matrimonio y su incapacidad (si procede). Si se ha divorciado alguna vez, debe presentar una copia de la sentencia definitiva de disolución del matrimonio junto con el acuerdo de liquidación de bienes o la orden de relaciones intrafamiliares calificadas. **Adjúntelos a esta solicitud.** Puede presentar su solicitud antes de proporcionar estos documentos requeridos; **sin embargo, los beneficios no se podrán emitir hasta que se hayan recibido y procesado dichos documentos.**

Una vez recibida su solicitud completada y firmada, será revisada por la Oficina del Fondo Fiduciario. Recibirá una notificación por escrito en la que se le informará si se requiere información adicional.

Cuando su solicitud haya sido aprobada, recibirá un paquete de información sobre las opciones que tiene para recibir el pago de sus beneficios de pensión.

Inicio del pago de los beneficios de jubilación: Los beneficios de jubilación comenzarán una vez que se haya jubilado de su empleo durante un período de al menos tres (3) meses civiles consecutivos. El pago es retroactivo al primer día del mes en el que se produjo la jubilación. (artículo 3, sección 3.8(a)). Por ejemplo, si se jubila con efecto a partir del 1 de junio, tras el periodo de tres meses, el 1 de septiembre se le abonará el pago retroactivo desde el 1 de junio. **Consulte la página uno de esta solicitud, "La notificación sobre el procedimiento de jubilación". En la notificación se proporcionan ejemplos.**

Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con la Oficina del Fondo Fiduciario en el número que se indica a continuación.

Atentamente,

Departamento de Jubilación



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

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR ESTA SOLICITUD DE JUBILACIÓN

1. Lea detenidamente cada pregunta.
2. **ESCRIBA** toda la información en letra de imprenta. Esto evitará retrasos en el procedimiento de tramitación de su solicitud. Es importante que sea lo más preciso posible en sus respuestas. La información incorrecta o incompleta retrasará el pago del beneficio de su jubilación.
3. **ASEGÚRESE DE FIRMAR Y FECHAR SU SOLICITUD.**
4. Envíe por correo la solicitud completada a la Oficina del Fondo antes del mes en el que desea que su pensión entre en vigor.

Envíe copias de los siguientes documentos junto con su solicitud de beneficios:

- Acta de nacimiento suya y de su cónyuge*
- Licencia de matrimonio
- Copia del permiso de conducir vigente o del documento de identidad estatal vigente (con fotografía) suyo y de su cónyuge
- Si se ha divorciado alguna vez, envíe una copia completa de la sentencia de divorcio, las órdenes de relaciones intrafamiliares calificadas, los acuerdos de separación, etc.

Tenga en cuenta que el procedimiento final de cualquier solicitud no se completará hasta que TODOS los documentos de divorcio hayan sido revisados y aprobados por el abogado del Plan.

* Si no dispone de acta de nacimiento, puede presentar **DOS** de los siguientes artículos en su lugar:

- ✓ Pasaporte
- ✓ Certificado de bautismo
- ✓ Certificado de servicio militar
- ✓ Expediente académico
- ✓ Póliza de seguro de vida con una antigüedad mínima de cinco años

Si alguna vez ha prestado servicio en el ejército u otros Servicios Uniformados de los EEUU, envíe copias de sus documentos de alistamiento y baja, así como el formulario de crédito por servicio uniformado para los EEUU.

LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS QUE DEBE PRESENTAR JUNTO CON SU SOLICITUD DE BENEFICIOS

Utilice la siguiente lista de verificación para asegurarse de que ha completado su solicitud en su totalidad. Esto agilizará el procedimiento de solicitud. Los documentos que falten y los formularios de solicitud incompletos retrasarán la tramitación de su solicitud. **Los documentos que aparecen en negrita DEBEN estar firmados ante notario público (la fecha de ambas firmas debe coincidir).**

- Formulario de solicitud
- Certificado de estado civil/soltero**
- Copia de su acta de nacimiento
- Copia del certificado de nacimiento de su cónyuge
- Copia de su licencia de matrimonio
- Copia de su identificación con fotografía
- Copia de la identificación con fotografía de su cónyuge
- Copia de todas las sentencias de divorcio anteriores, órdenes de relaciones intrafamiliares calificadas, acuerdos de separación, etc.
- Copia de su carta de concesión de la prestación por incapacidad del Seguro Social (esto es necesario si solicita una jubilación por incapacidad)



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

Información sobre los participantes

Nombre _____

Núm. de Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____

Domicilio _____

Número de teléfono residencial _____ Celular _____

Correo electrónico _____

Número del Sindicato Local _____

Tipo de jubilación

Marque la casilla adecuada para el tipo de jubilación que solicita. Si se determina que reúne los requisitos para otro tipo de jubilación que le proporcionará mayores beneficios, se le informará al respecto. Consulte la Descripción resumida del Plan para obtener un resumen de cada beneficio de jubilación.

Marque solo una opción:

Jubilación sin reducción

- Haber alcanzado la edad de jubilación normal de 62 años, siempre que tenga al menos 1 hora de servicio contributivo acreditado después del 31 de diciembre de 1997 y al menos 5 años de servicio acreditado total sin interrupción permanente en el servicio, o
- A cualquier edad si tiene al menos 30 años de servicio acreditado total.

Jubilación temprana

- Haber cumplido 55 años y tener 10 años de servicio acreditado total.
- Si se jubila directamente del servicio, tener al menos 350 horas de servicio durante los años del Plan en los que se jubila o en los años del Plan anteriores.

Pensión aplazada

- Jubilarse después de la edad de jubilación normal

Beneficios por incapacidad

- Haber trabajado al menos 350 horas durante el año del Plan en el que se produjo la incapacidad o durante el año anterior del Plan.
- Haber estado total y permanentemente incapacitado durante más de 6 meses consecutivos. Debe presentar pruebas de la incapacidad ante la Mesa Directiva. (Una copia de la Notificación de concesión de beneficios por incapacidad de la Administración del Seguro Social.)
- Debe solicitar el Seguro Social y/o la compensación para trabajadores (si procede).
- partir del 1 de enero de 2000, tiene al menos 10 años de servicio acreditado, pero no ha cumplido el requisito de 350 horas de servicio del punto (1) anterior porque intentó continuar trabajando para un empleador signatario, aún puede tener derecho a las prestaciones por incapacidad si cumple los siguientes criterios:



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

- a. Debe tener una incapacidad total y permanente (tal y como se describe en el punto (2) anteriormente) debido a una enfermedad o lesión que se produjo mientras trabajaba en la zona geográfica cubierta por el Plan en virtud de un acuerdo de negociación colectiva negociado por un Sindicato o sindicatos afiliados a la Western States Conference of Insulator and Allied Workers; y
- b. Debe haber trabajado al menos 350 horas de servicio en virtud del acuerdo de negociación colectiva mencionado en el punto (a) anteriormente durante los años del Plan o los años anteriores al Plan en los que se produjo su enfermedad o lesión, y
- c. En cada año del Plan entre su lesión o enfermedad inicial y su incapacidad total y permanente resultante, debe haber estado empleado (en un puesto sujeto a negociación o no sujeto a negociación) durante al menos 350 horas para un empleador signatario con un acuerdo de negociación colectiva negociado por un Sindicato afiliado a la Western States Conference of Insulators and Allied Workers, y no debe haber aceptado ningún otro empleo de ningún tipo.

Hay dos tipos de prestaciones por incapacidad (**Plan "A" y Plan "B"**)

Plan "A" Beneficio por incapacidad – requisitos adicionales de elegibilidad:

- Haber cumplido 50 años y tener al menos 10 años de servicio acreditado total
- Independientemente de la edad, tener al menos 20 años de servicio acreditado total.

Tenga en cuenta que puede tener la opción de cambiar su prestación por incapacidad por una anualidad mancomunada y del 50% para sobrevivientes, una anualidad mancomunada y del 75% para sobrevivientes o una anualidad mancomunada y del 100% para sobrevivientes. Si decide cambiar su beneficio según el artículo IV, sección 4.1(b)(iii), la selección debe realizarse en un plazo de noventa (90) días a partir de la notificación de la concesión del beneficio por incapacidad, o en un plazo de noventa (90) días antes de cumplir 62 años, y debe estar firmada por usted y su cónyuge (**con quien haya estado casado durante todo el año anterior a la fecha de la selección**) en presencia de un notario público. Si decide mantener la opción vitalicia individual y no convertir su beneficio en una opción de pensión de supervivencia, también tendrá que obtener el consentimiento de su cónyuge si está Casado.

Plan "B" Prestación por incapacidad Requisitos adicionales de elegibilidad:

- Si tiene 5 o más años de servicio acreditado total con derechos adquiridos y uno (1) o más años de servicio acreditado con derechos adquiridos para recibir beneficios desde el 1 de enero de 1968 (o desde el 1 de enero del año en que el participante regresó después de un año del Plan en el que no trabajó 350 horas del año del Plan con derechos adquiridos).



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 selección final de empleo y 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.

¿Todavía está trabajando? 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 de la empresa para la 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 jubilarse: _____

Inicio del pago del beneficio de jubilación: El beneficio de jubilación comenzará una vez que se haya jubilado de su empleo durante un período de al menos tres (3) meses civiles consecutivos. El pago es retroactivo al primer día del mes en el que se jubiló. (artículo 3, sección 3.8(a)) Por ejemplo, si se jubila con efecto a partir del 1 de junio, tras el periodo de tres meses, el 1 de septiembre se le abonará el pago retroactivo desde el 1 de junio. **Consulte la página uno de esta solicitud, "La notificación sobre el procedimiento de jubilación". En la notificación se proporcionan ejemplos.**



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 estado civil

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

Nombre: _____ Número de Seguro Social _____

Firma: _____ Fecha: _____

(Debe estar notariado)

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: _____



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

Empleos anteriores

Enumere a continuación **todos** los empleos anteriores a su fecha de contribución en los que trabajó para un empleador que posteriormente se convirtió en empleador cotizante al Plan de Jubilación de Western States Insulators and Allied Workers, o en los que trabajó en un tipo de trabajo cubierto por los acuerdos laborales de Western States Asbestos Workers vigentes a fecha de 01/01/1960. Esta información es importante para determinar si tiene derecho o no a servicios acreditados según los términos del Plan de Jubilación para cualquier período anterior a su fecha de contribución inicial.

Fecha de inicio	Fecha de finalización	Nombre y dirección del empleador	Tipo de trabajo	Sindicato local

Empleos relacionados

Enumere a continuación cualquier período en el que haya trabajado en el sector en la jurisdicción geográfica de Western States Asbestos Workers en un puesto que no requiriera cotizaciones a este Plan (como propietario o supervisor).

Pueden aplicarse reglas especiales que cuenten para los créditos adquiridos o que puedan ayudar a evitar una interrupción en el servicio. Enumere este servicio a continuación:

Fecha de inicio	Fecha de finalización	Nombre y dirección del empleador	Posición

Empleo recíproco

Los créditos por servicios recíprocos de planes de pensiones relacionados, o el trabajo en otras jurisdicciones de Western States Asbestos Workers, pueden contabilizarse para los derechos adquiridos o pueden ayudar a evitar una interrupción en el servicio de este plan. Si trabajó en una jurisdicción que tiene un acuerdo de reciprocidad con este plan de jubilación, enumere su servicio a continuación:

Fecha de inicio	Fecha de finalización	Empleador y dirección	Tipo de trabajo	Sindicato local



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

Empleo fuera del sector

Para completar su historial laboral, ¿hubo algún periodo cuando trabajara para un empleador no cubierto por este plan?

SÍ NO

Si la respuesta es SÍ, enumere a continuación:

Fecha de inicio	Fecha de finalización	Empleador y dirección

He completado esta Solicitud de jubilación y, en la medida de mis posibilidades, he cumplido con las solicitudes y requisitos del Plan. Acepto cumplir con todas las normas y reglamentos del Plan. Entiendo que debo notificar a la Oficina del Fondo Fiduciario cualquier cambio en mi dirección, estado civil o situación laboral. Entiendo que una declaración falsa puede descalificarme para recibir los beneficios de jubilación y que la Mesa Directiva tendrá derecho a recuperar cualquier pago que se me haya hecho debido a una declaración falsa.

Firma

Fecha

Número de Seguro Social



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

Formulario de designación de beneficiario

Nombre del participante: _____ Núm. de Seguro Social: _____

El beneficiario nombrado es la persona designada para recibir todas las sumas que se paguen según los términos del Plan de Jubilación de Western States Insulators and Allied Workers como resultado de mi muerte.

Participantes casados

Tenga en cuenta que si está casado y ha designado a otra persona que no sea su cónyuge, la parte del formulario relativa al consentimiento del cónyuge debe completarse y certificarse ante notario antes de que los fideicomisarios acepten la designación. Cualquier designación de su cónyuge como beneficiario se revoca automáticamente tras la inscripción posterior de una sentencia definitiva de disolución del matrimonio, salvo que una Orden de Relaciones Intrafamiliares calificadas disponga lo contrario.

Beneficiario		
Apellido:	Nombre:	Número de Seguro Social:
Domicilio:	Parentesco:	Fecha de nacimiento:
Ciudad:	Estado:	Código postal:
(La designación de beneficiarios solo entrará en vigor cuando sea recibida por la Oficina Administrativa del Plan)		

Beneficiario(s) contingente(s)			
<i>(Si en el momento de su muerte, el beneficiario indicado anteriormente no estuviera vivo)</i>			
Apellido:	Nombre:	Número de Seguro Social:	
Domicilio:	Parentesco:	Fecha de nacimiento:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:	% del beneficio:
Apellido:	Nombre:	Número de Seguro Social:	
Domicilio:	Parentesco:	Fecha de nacimiento:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:	% del beneficio:



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 la designación de un beneficiario alternativo, tal y como se ha
indicado anteriormente.**

Por la presente, doy mi consentimiento a la designación por parte de mi cónyuge del beneficiario anteriormente designado para recibir los beneficios por fallecimiento pagaderos a través del Plan de Jubilación de Western States Insulators and Allied Workers. Entiendo perfectamente que, al firmar a continuación, no seré elegible para recibir los beneficios pagaderos en nombre de mi cónyuge en caso de su muerte.

Nombre del cónyuge _____ Número de Seguro Social _____

Firma del cónyuge _____ Fecha _____

ESTA SECCIÓN DEBE COMPLETAR EL 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, _____, compareció
FECHA NOMBRE Y CARGO DEL FUNCIONARIO – EJEM., “JANE DOE, Notaria Pública

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 _____ que el párrafo anterior es verdadero y correcto.

DOY FE con mi firma y mi sello oficial.

Firma del notario

Mi comisión expira el: _____