

Hotel and Restaurant Employees Health and Welfare Trust Fund
East Bay Restaurant and Tavern Retirement Plan
1182 Market Street, Suite 320 • San Francisco • California • 94102-4919
Telephone: (844) 492-9159

INSTRUCCIONES PARA RELLENAR EL PAQUETE DE SOLICITUD PARA BENEFICIOS

Viene adjunto la solicitud para Beneficios que usted debe completar para solicitar los beneficios del plan que aparece arriba. Debe leer atentamente las siguientes instrucciones. **SI NO ENTREGA LA SOLICITUD COMPLETA PUEDE RESULTAR EN UN RETRASO DEL PROCESAMIENTO D SU SOLICITUD.**

PÁGINA 2 -	Solicitud de Beneficios (Obligatorio para todo solicitante).
PÁGINA 3 -	Documento de Reconocimiento de Elección (Obligatorio para todo solicitante).
PÁGINA 4 -	Documento de Elección de Beneficios (Obligatorio para todo solicitante).
PÁGINA 5 -	Elección para Retención de Impuestos sobre los Ingresos para California (Obligatorio para todo solicitante).
PÁGINA 6 -	Consentimiento de Esposo para Elección del Participante (Obligatorio para los participantes casados)
PÁGINA 7 -	Declaración para los Participantes No Casados
PÁGINA 8 -	Certificación de Situación Cesante (Obligatorio para todo solicitante).
PÁGINA 9 -	Instrucciones para Comprobante de Edad

DOCUMENTOS REQUERIDOS QUE DEBE ENTREGAR JUNTO CON LA SOLICITUD:

Debe entregar el comprobante de edad de acuerdo con las instrucciones adjuntas.
Si es casado, debe entregar comprobante de la edad de su esposo/a y el Acta de Matrimonio.

.....

ENTREGUE LA SOCICITUD COMPLETADA A:

EAST BAY RESTAURANT AND TAVERN RETIREMENT FUND
P.O. BOX 555
SAN RAMON, CA 94583

Hotel and Restaurant Employees Health and Welfare Trust Fund
East Bay Restaurant and Tavern Retirement Plan
1182 Market Street, Suite 320 • San Francisco • California • 94102-4919
Telephone: (844) 492-9159

SOLICITUD DE BENEFICIOS

Nombre: _____ No. de Seguro Social: _____
Domicilio: _____ No. de Teléfono: _____

Fecha de Nacimiento: _____
(Adjunte comprobante de edad)
Último Empleador: _____ Último Día Trabajado: _____
Fecha de Iniciación de Unión: _____ Fecha de vigencia de jubilación: _____

Estado Civil

_____ Casado (adjunte una copia del Acta de Matrimonio y comprobante de la edad del/a esposo/a)

Nombre de esposo/a _____ No. de Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento _____

_____ Nunca Casado

_____ Divorciado – Fecha de Divorcio: _____ (adjunte una copia de la Sentencia de Divorcio)

_____ Viudo – Fecha de Defunción: _____ (adjunte una copia del Certificado de Defunción)

_____ Otro – Explicación _____

.....
Nombramiento de Beneficiario

Nombre _____ No. de Seguro Social _____
Domicilio: _____
Parentesco _____ Firma del Beneficiario _____

.....

Clase de Beneficio Solicitado

_____ Beneficio de Jubilación Normal (65 años de edad o mayor) _____ Terminación

_____ Jubilación Anticipada (de 55 a 65 años de edad) _____ Discapacidad

Por medio de la presente solicito los beneficios del Hotel and Restaurant Employees Retirement Plan y declaro que me obligaré por todos los reglamentos del Plan. Certifico que las declaraciones anteriores son auténticas y correctas y entiendo que una declaración falsa puede descalificarme de recibir los beneficios.

Acepto notificar a la Oficina Administrativa si vuelvo a trabajar en un empleo asegurado, y entiendo que se pueden suspender los beneficios durante ese periodo.

Firma _____ Fecha: _____

Telephone: (844) 492-9159

DOCUMENTO DE RECONOCIMIENTO Y DE ELECCIÓN

Reconozco por medio de la presente que he recibido la Notificación sobre el Impuesto Especial Respeto a los pagos del plan informándome sobre la obligación de retener el 20% de Impuestos Federales sobre los Ingresos y sobre mis opciones de traspaso directo. Elijo la opción marcada abajo:

MARQUE UNA OPCIÓN:

____ OPTO POR RECIBIR LA CANTIDAD DEL BENEFICIO PAGADERO, Y ENTIENDO QUE ESA CANTIDAD ESTÁ SUJETA A LA RETENCIÓN DEL 20% DE IMPUESTOS FEDERALES SOBRE LOS INGRESOS

OPTO POR TRASPASO DIRECTO CONFORME A LO INDICADO ABAJO:

Opto por el traspaso directo de _____ (apunte la cantidad que desea traspasar en forma de \$ o %)

Opto por recibir _____ (apunte la parte que desea recibir – la parte que no traspasará en \$ o %)

(Toda cantidad recibida estará sujeta a la Retención de Impuestos Federales sobre los Ingresos.)

Rellene lo Siguiente si desea Traspasar la cantidad a una Cuenta de Jubilación Individual (IRA):

Nombre de la IRA: _____

Dirección de la IRA: _____

Número de Cuenta: _____

Nombre de Cuenta: _____

Contacto de la Compañía de IRA: _____

Número de Teléfono: _____

Rellene lo Siguiente si Desea Traspasar la Cantidad a un Plan Calificado:

Nombre del Plan: _____

Patrocinador del Plan:

No. de Identificación Tributario del Plan:_____

Dirección del Plan: _____

Número de Teléfono: _____

Doy fe que los datos anteriores son correctos y que, si he elegido un traspaso directo, que la cuenta IRA u otro Plan calificado reúne los requisitos y aceptará el traspaso directo.

Nombre del Solicitante (Letra de Molde)

Número de Seguro Social

Firma

Fecha

Hotel and Restaurant Employees Health and Welfare Trust Fund
East Bay Restaurant and Tavern Retirement Plan
1182 Market Street, Suite 320 • San Francisco • California • 94102-4919
Telephone: (844) 492-9159

DOCUMENTO DE ELECCIÓN DE BENEFICIOS

Por medio de la presente elijo la siguiente forma de beneficio de pensión: (Marque una opción con X)

_____ 1. **PENSIÓN CONJUNTA Y 50% PARA EL ESPOSO**

Ofrece un beneficio reducido durante la vida del pensionado, y posterior a su defunción, el/a esposo/a recibe una cantidad igual a la mitad de la cantidad que se le pagaba al pensionado durante la vida del/a esposo/a.

_____ 2. **PAGO DE SUMA ALZADA o TRASPASO**

Un solo pago de suma alzada – con tal de que su esposo/a renuncie la pensión conjunta

En caso de que el valor actual de sus beneficios es de \$5,000.00 o menos, los Fideicomisarios le entregarán esa cantidad a usted de un solo pago, sin importar que pida una opción de beneficio alternativo (si se efectúa la distribución antes de que cumpla la edad de jubilación).

_____ 3. **PAGOS PERIÓDICOS DE CANTIDAD FIJA**

Pagos periódicos de cantidad sustancialmente igual por un número determinado de años que no exceda los Quince (15) años con tal de que su esposo/a renuncie la Pensión Conjunta.

En caso de que muera antes de recibir la cantidad entera, se le pagará la cantidad que queda a su esposo o beneficiario nombrado.

Número de años deseados: _____

_____ 4. **ANUALIDAD**

Un contrato de anualidad comprado de una empresa autorizada de seguros que ofrece pagos de anualidad pagaderos por lo menos anualmente por plazos sustancialmente iguales, durante un periodo que no exceda su vida, o durante un periodo que no exceda su expectativa de vida y la de su beneficiario nombrado.

Nombre del Beneficiario: _____ No. de Seguro Social _____

Parentesco: _____ Fecha de Nacimiento _____

_____ 5. **Anualidad Calificada Opcional del 75%**

Esta forma de beneficio ofrece un beneficio durante la vida del participante con una anualidad de superviviente para el/a esposo/a igual al 75% de la cantidad del beneficio de por vida del participante.

He revisado las opciones anteriores y elijo recibir mi beneficio de la forma indicada arriba. Entiendo que una vez que se inicien los pagos de beneficio, no puedo cambiar mi selección.

NOMBRE DEL PARTICIPANTE: _____ NO. DE SEGURO SOCIAL: _____

FIRMA DEL PARTICIPANTE: _____ FECHA: _____

Hotel and Restaurant Employees Health and Welfare Trust Fund
East Bay Restaurant and Tavern Retirement Plan
1182 Market Street, Suite 320 • San Francisco • California • 94102-4919
Telephone: (844) 492-9159

ELECCIÓN PARA LA RETENCIÓN DE IMPUESTOS SOBRE LOS INGRESOS DEL ESTADO DE CALIFORNIA

ELIJA UNA OPCIÓN:

_____ SOLICITO QUE SE RETENGAN LOS IMPUESTOS DEL ESTADO DE CALIFORNIA DE MI DISTRIBUCIÓN/BENEFICIO A RAZÓN DEL 10% DE LA CANTIDAD DE LOS IMPUESTOS FEDERALES SOBRE LOS INGRESOS.

_____ no retengan los impuestos sobre los ingresos del estado de _____ California de mi distribución/beneficio.

Doy fe que la información anterior es correcta y, si opto por el traspaso directo, que la cuenta IRA u otro plan calificado reúne los requisitos y aceptará el traspaso directo.

Nombre del Solicitante (en letra de molde)_____

Número de Seguro Social: _____

Firma:_____ Fecha_____

Hotel and Restaurant Employees Health and Welfare Trust Fund
East Bay Restaurant and Tavern Retirement Plan
1182 Market Street, Suite 320 • San Francisco • California • 94102-4919
Telephone: (844) 492-9159

CONSENTIMIENTO DEL ESPOSO PARA LA SELECCIÓN TOMADA POR EL PARTICIPANTE DE
RECIBIR SU CUENTA INDIVIDUAL EN UNA FORMA QUE NO SEA ANUALIDAD CALIFICADA
CONJUNTA Y DE SUPERVIVIENTE

Declaro bajo pena de perjurio que yo soy el/a esposo/a de _____
(Nombre del Participante)

Doy mi consentimiento por medio de la presente para que mi esposo/a opte por recibir el beneficio de pensión de parte del Plan indicado arriba de forma que no sea la Anualidad Calificada Conjunta y de Superviviente. Entiendo que esto significa que en caso de que mi esposo/a muera antes que yo, no voy a recibir la anualidad de superviviente que de lo contrario yo recibiera conforme a la ley.

Este consentimiento debe ser válido únicamente si se registra en la Oficina Administrativa del Plan para la fecha de defunción del participante o si ocurre primero, para la fecha en que comiencen los pagos del beneficio.

Fecha _____
(Firma del/a Esposo/a)

Nombre del Participante: _____
Nombre del Esposo/a: _____

No. de Seguro Social _____ No. de Seguro Social _____

State of _____)

County of _____)

On this the _____ day of _____ in the year 20____, before me

_____ Personally appeared
_____ Personally known to me
_____ Proved to me on the basis of satisfactory evidence

to be the person whose name is subscribed to this instrument, and acknowledge that
_____ executed it.

Signature of Notary

NO SE ACEPTARÁ ESTE DOCUMENTO SI NO HA SIDO COMPLETADO EN PRESENCIA DE UN NOTARIO PÚBLICO

Hotel and Restaurant Employees Health and Welfare Trust Fund
East Bay Restaurant and Tavern Retirement Plan
1182 Market Street, Suite 320 • San Francisco • California • 94102-4919
Telephone: (844) 492-9159

DECLARACIÓN DE PARTICIPANTE NO CASADO

Yo, _____ no deseo recibir me beneficio del Plan que aparece arriba en forma de Anualidad Calificada Conjunta y de Superviviente por el motivo indicado abajo. Entiendo que rechazar esta forma de beneficio quiere decir que el Plan de Pensiones no le pagará ningún beneficio a mi esposo/a después de que yo muera.

Elija una opción:

- ☐ Nunca he estado ni estoy actualmente casado legalmente.
- ☐ Estoy legalmente divorciado. (Debe entregar una copia completa de la sentencia de divorcio y división de Bienes de la Sociedad Conyugal)
- ☐ Soy viudo/a. (Debe entregar una copia del Acta de Defunción)
- ☐ Doy fe por medio de la presente que no puedo localizar a mi esposo/a (incluya los detalles – duración, intentos de contactarse, etc.)

Fecha

Firma del Participante

No. de Seguro Social

Nombre del Participante (Letra de Molde)

.....

State of _____)

County of _____)

On this the _____ day of _____ in the year 20____, before me _____,

_____ Personally appeared
_____ Personally known to me
_____ Proved to me on the basis of satisfactory evidence

to be the person whose name is subscribed to this instrument, and acknowledge that _____ executed it.

Signature of Notary

NO SE ACEPTARÁ ESTE DOCUMENTO SI NO HA SIDO COMPLETADO EN PRESENCIA DE UN NOTARIO PÚBLICO

Hotel and Restaurant Employees Health and Welfare Trust Fund
East Bay Restaurant and Tavern Retirement Plan
1182 Market Street, Suite 320 • San Francisco • California • 94102-4919
Telephone: (844) 492-9159

CERTIFICACIÓN DE SITUACIÓN CESANTE

Doy fe por medio de la presente que he cesado mi trabajo en la industria de Hoteles, Restaurantes y Tabernas y no pienso volver a trabajar en esa industria. Mi última fecha de empleo en la industria fue:
_____.

Fecha

Firma del Participante

Número de Seguro Social

Nombre del Participante (Letra de Molde)

State of _____)

County of _____)

On this the _____ day of _____ in the year 20____, before me
_____,

_____ Personally appeared

_____ Personally known to me

_____ Proved to me on the basis of satisfactory evidence

to be the person whose name is subscribed to this instrument, and acknowledge that
_____ executed it.

Signature of Notary

NO SE ACEPTARÁ ESTE DOCUMENTO SI NO HA SIDO COMPLETADO EN PRESENCIA DE UN NOTARIO PÚBLICO
--

INSTRUCCIONES PARA ENTREGAR COMPROBANTE DE EDAD

Los comprobantes de edad aceptables aparecen abajo en dos grupos. Debe entregar una fotocopia de alguno de los comprobantes de edad que aparecen en la lista del Grupo I si lo tiene o si le es posible obtenerlo.

Si no puede entregar uno de los comprobantes de la clasificación del Grupo I, debe entregar fotocopias de dos de los artículos que aparecen en la lista del Grupo II.

Se le pueden pedir comprobantes adicionales si los documentos que entrega no constituyen prueba convincente de su edad.

GRUPO I – Entregue uno (1) de los siguientes:

1. Acta de Nacimiento
2. Certificado de Bautizo o declaración de la fecha de nacimiento conforme aparece en los registros de la iglesia, certificada por el custodio de dicho registro.
3. Notificación de registro de nacimiento en un registro civil de estadística vital.
4. Certificación de un registro de edad por la Oficina del Censo.
5. Registro de nacimiento del hospital, certificado por el custodio de dicho registro
6. Registro de iglesia o gobierno extranjero.
7. Declaración firmada por el Médico o partera que presencié su nacimiento, afirmando la fecha de nacimiento según aparezca en sus registros.
8. Registros de Naturalización
9. Documentos de Inmigración

GRUPO II – Debe presentar dos (2) de los siguientes documentos:

1. Registro Militar
2. Pasaporte
3. Registro escolar, certificado por el custodio de dicho registro
4. Registro de inmunización, certificado por el custodio de dicho registro
5. Póliza de seguro donde aparezca la fecha de nacimiento.
6. Registro de matrimonio donde aparezca la fecha de nacimiento
7. Una carta de parte de la oficina del Seguro Social afirmando su fecha de nacimiento según aparece en sus registros.
8. Otras pruebas como por ejemplo declaraciones firmadas y notariadas de personas que tienen conocimiento de su nacimiento