

**填交福利申請指示**

---

---

附上一份福利申請書，在申請上述計劃時必須填交。請小心閱讀以下的指示。如沒有提交完整的申請書，可能會延遲處理你的申請。

---

---

頁 2 - 申請福利 (所有申請人須填交)

---

頁 3 - 承認和選擇表格 (所有申請人須填交)

---

頁 4 - 福利選擇表格 (所有申請人須填交)

---

頁 5 - 選擇加州州入息稅預扣稅款 (所有申請人須填交)

---

頁 6 - 配偶同意會員選擇 (所有已婚會員須填交)

---

頁 7 - 非已婚會員聲明

---

頁 8 - 終止身份證明 (所有申請人須填交)

---

頁 9 - 年齡指示證明

---

---

**連同申請必須提交的文件：**

你必須根據附上的指示提交年齡證明  
如你已婚，你必須提交你配偶的年齡證明和結婚證明書。

.....

請將填妥的申請交回：

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

---

申請福利

姓名: \_\_\_\_\_ 社會安全證號碼: \_\_\_\_\_  
地址: \_\_\_\_\_ 電話號碼: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (附上年齡證明)  
最後的僱主: \_\_\_\_\_ 最後的工作天: \_\_\_\_\_  
加入工會日期: \_\_\_\_\_ 退休生效日期: \_\_\_\_\_

婚姻狀況

\_\_\_\_\_ 已婚 (附上結婚證明書和配偶年齡證明)  
配偶姓名 \_\_\_\_\_ 社會安全證號碼 \_\_\_\_\_ 出生日期 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ 從未結婚  
\_\_\_\_\_ 離婚—離婚日期: \_\_\_\_\_ (附上完整離婚判決書)  
\_\_\_\_\_ 鰥寡—死亡日期: \_\_\_\_\_ (附上配偶死亡證明書)  
\_\_\_\_\_ 其他—說明: \_\_\_\_\_

.....  
指定受益人

姓名 \_\_\_\_\_ 社會安全證號碼: \_\_\_\_\_  
地址: \_\_\_\_\_  
關係 \_\_\_\_\_ 受益人簽名 \_\_\_\_\_

.....  
申請福利類型

\_\_\_\_\_ 正常退休福利 (年齡 65 歲或以上) \_\_\_\_\_ 終止就業  
\_\_\_\_\_ 提早退休 (年齡 55 至 65 歲) \_\_\_\_\_ 傷殘

我謹此申請酒店和餐館員工退保計劃，並聲明我將受計劃所有規則和規章約束。我證明上述的聲明真實和正確，並明白如有不實的聲明，可使  
我失去福利資格。  
我同意如我回到有承保就業的地方工作時我會通知管理辦事處，而我明白福利在該段時間可予暫停。

簽名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

**承認書和選擇表格**

我謹此承認我已收到有關計劃付款的特別稅務通知，建議我作出規定的 20% 的聯邦預扣收入稅以及我的直接滾轉選擇。我的選擇標記如下：

.....  
選一：

\_\_\_\_\_ 我選擇收到應付之福利額並明白該款規定付 20% 的聯邦收入預扣稅。

\_\_\_\_\_ 我選擇下面所示的直接滾轉：

我選擇直接滾轉\_\_\_\_\_（填上滾轉數額或%）

我選擇收到\_\_\_\_\_（填上將收到的數額—不是滾轉數額或%）

（任何收到的數額將受規定的聯邦入息稅扣繳限制。）

如滾轉數額是轉入一個個人退休戶口（IRA）：

IRA 個人退休戶口名稱：\_\_\_\_\_

IRA 公司地址：\_\_\_\_\_

戶口號碼：\_\_\_\_\_

戶口名稱：\_\_\_\_\_

聯絡公司：\_\_\_\_\_

電話號碼：\_\_\_\_\_

填妥以下資料，如滾轉入另一個符合資格的計劃：

計劃名稱：\_\_\_\_\_

計劃顧助人：\_\_\_\_\_

計劃稅務身份號碼：\_\_\_\_\_

計劃地址：\_\_\_\_\_

電話號碼：\_\_\_\_\_

我聲明上述資料屬實，以及如我選擇直接滾轉入 IRA 或另一個符合資格的計劃時，它們是符合資格和接受滾轉存款的。

\*\*\*\*\*

\_\_\_\_\_  
申請人姓名（請用正楷）

\_\_\_\_\_  
社會安全證號碼

\_\_\_\_\_  
簽名

\_\_\_\_\_  
日期

**福利選擇表格**

我謹此選擇以下退休福利形式: (X 標記作出一個選擇)

\_\_\_\_\_ 1. 共同和 50% 給配偶的退休金選擇  
為領取退休金者提供減少的福利至終身，而在他或她去世之後，配偶將終身收到相當於付給領取退休金者的一半。

\_\_\_\_\_ 2. 一筆過付款或滾存  
一次過一筆付款一但須你的配偶放棄共同退休金選擇。

如你的福利目前價值是\$5,000 或以下，董事會將以一筆過方式付該額，不論你是否要求做另類的福利選擇（如分配是在你達到退休年齡之前做出）。

\_\_\_\_\_ 3. 固定定期付款  
按特定年數定期付大致相等數目的付款，但以不超過十五（15）年為限，但你的配偶須放棄共同退休金之選擇。

如在你收到全部的數額之前去世，餘款將付給你的配偶或指定的受益人。

要求付款年數: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 4. 年金

從一家檢定的保險公司購入的年金合約，提供每年至少支付年金數目，分期付款額大致相等，期限不超過你的一生，或或超過你和你指定受益人的預期壽命的期限。

受益人姓名: \_\_\_\_\_ 社會安全證號碼 \_\_\_\_\_

關係: \_\_\_\_\_ 出生日期 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 5. 75% 附合選擇性未亡人年金

此福利終身付給會員連同一個配偶的終身 75% 未亡人年金福利。

我已參詳上述選擇並在上面指出我的收到福利的選擇。我明白一旦福利付款開始，我不可以改變我的選擇。

會員姓名: \_\_\_\_\_ 社會安全證號碼 \_\_\_\_\_

會員簽名: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

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

---

選擇加州入息稅預扣

選一：

\_\_\_\_\_ 請從我分配 / 福利以聯邦入息稅額之 10% 預扣加州入息稅。

\_\_\_\_\_ 不要從我的分配 / 福利預扣加州入息稅。

我聲明上述資料確實和如選擇直接滾轉，那 IRA 個人退休戶口或其他符合資格的計劃是合資格的，並會接受滾轉額。

申請人姓名（請用正楷）\_\_\_\_\_

社會安全證號碼 \_\_\_\_\_

簽名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

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

---

**配偶同意會員選擇用符合資格共同和未亡人年金以外方式收到個人戶口**

根據如有虛報會受處分，我聲明我是\_\_\_\_\_的配偶。  
(會員聲明)

我謹此同意我配偶選擇從上述計劃用符合資格共同和未亡人年金以外方式收到退休福利。我明白此意指如我配偶在我之前去世，我將不會收到我本應按法律規定可收到之未亡人年金。

此同意書如在會員去世前或開始付福利款日期時一以較早發生者為準一在計劃管理辦事處紀錄將告有效。

日期\_\_\_\_\_ (配偶簽名)

會員姓名：\_\_\_\_\_ 配偶姓名：\_\_\_\_\_

社會安全證號碼 \_\_\_\_\_ 社會安全證號碼 \_\_\_\_\_

.....

\_\_\_\_\_州) 於 \_\_\_\_\_日 \_\_\_\_\_月，在我  
\_\_\_\_\_縣) \_\_\_\_\_面前，下兩簽名的公證人，親自  
出現\_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_彼乃我所認識者  
\_\_\_\_\_以令人滿意的證據證明彼之名字  
\_\_\_\_\_  
乃文書上所簽名者，和承認是執行者。

茲以簽字和正式印章加蓋予以證明。

\_\_\_\_\_  
公證人簽名

此表格除非是在公證人前完成否則將不會接受

非已婚會員的聲明

我，\_\_\_\_\_不想從上述的計劃以符合共同和未亡人年金的形式收到我的福利，理由如下。  
我明白拒絕此方式的福利，意指在我去世後將無福利付給配偶。

選一：

- 我從沒有和現在沒有合法已婚。
- 我合法的離婚。(提交完整的離婚判決付和共同財產分割副本)
- 我是一名鰥夫 / 寡婦(提供死亡證副本)
- 我謹此宣誓我無法找到我配偶的所在 (提供細節一時間多久，嘗試聯絡等)

_____	_____
日期	會員簽名
_____	_____
社會安全證號碼	會員姓名(正楷)

.....

\_\_\_\_\_州) 於 \_\_\_\_\_日 \_\_\_\_\_月，在我  
\_\_\_\_\_縣) \_\_\_\_\_面前，下兩簽名的公證人，親自  
出現\_\_\_\_\_，  
\_\_\_\_\_彼乃我所認識者  
\_\_\_\_\_以令人滿意的證據證明彼名字  
\_\_\_\_\_乃文書上所簽名者，和承認是執行者。

茲以簽字和正式印章加蓋予以證明。

\_\_\_\_\_

公證人簽名

此表格除非是在公證人前完成否則將不會接受

終止就業證明

我謹此宣誓，我已終止在酒店，餐館和酒館業的工作，並無意再回此行業。我受僱於此行業的最後日期是：\_\_\_\_\_。

\_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_ 會員簽名

\_\_\_\_\_ 社會安全證號碼 \_\_\_\_\_ 會員姓名（正楷）

.....

\_\_\_\_\_州) 於 \_\_\_\_\_日 \_\_\_\_\_月，在我  
\_\_\_\_\_縣) \_\_\_\_\_面前，下兩簽名的公證人，親自  
出現\_\_\_\_\_，  
\_\_\_\_\_彼乃我所認識者  
\_\_\_\_\_以令人滿意的證據證明彼名字  
\_\_\_\_\_乃文書上所簽名者，和承認是執行者。

茲以簽字和正式印章加蓋予以證明。

\_\_\_\_\_ 公證人簽名

此表格除非是在公證人前完成否則將不會接受

## 提交年齡證明指示

下面列出兩組可接受之年齡證明。請提供組別 I 之年齡證明副本，如你有或可以取得的話。

如你無法提供組別 I 的證明，請提供組別 II 兩份證明的副本。

如你提供的文件未能構成具說服性之年齡證明，可能需要提供額外的年齡證明。

### 組別 I – 提供以下一項證明：

1. 出生證明書
2. 洗禮證書或教會紀錄所示的出生日期聲明，經此紀錄的保管人證明。
3. 主要統計公共登記處之出生登記通知。
4. 美國人口普查局之年齡紀錄證明。
5. 醫院出生證明，由此紀錄保管人證明。
6. 外國教會或政府的紀錄。
7. 出生時在場之醫生或接生婦的簽名證明他們紀錄所示的出生日期。
8. 入籍紀錄
9. 移民文件

### 組別 II – 提供兩 ( 2 ) 份以下的證明：

1. 從軍紀錄
2. 護照
3. 學校紀錄，經此紀錄保管人證明
4. 注射疫苗紀錄，經此紀錄保管人證明
5. 顯示出生日期的保險單
6. 顯示出生日期的結婚紀錄
7. 來自社會安全局的信，指出他們紀錄上所示你的出生日期
8. 其他證據例如知道你出生日期者經簽名和公證人公證的聲明