

**San Francisco Culinary, Bartenders & Service Employees Trust Funds**

1182 Market Street, Suite 320 • San Francisco • California • 94102-4919

Telephone: (844) 492-9157 • Fax: (415) 233-9341

## SOLICITUD DE PENSIÓN

### INSTRUCCIONES

1. Favor de presentar la solicitud con por lo menos un mes de anticipación a su jubilación.
2. Favor de escribir con letra de molde.
3. Debe contestar todas las preguntas que le correspondan para evitar retrasos en el trámite de su solicitud.
4. No se le olvide firmar la solicitud y poner la fecha.
5. Debe entregar o enviar por correo la solicitud y todo documento anexo a la oficina de administración a la siguiente dirección:  
P.O. Box 2030, San Ramon, CA 94583

### DATOS PERSONALES

1. Nombre \_\_\_\_\_  
(APELLIDOS) \_\_\_\_\_ (PRIMER NOMBRE) \_\_\_\_\_ (SEGUNDO NOMBRE) \_\_\_\_\_
2. Dirección \_\_\_\_\_  
(NÚMERO y CALLE) \_\_\_\_\_ (CIUDAD) \_\_\_\_\_ (ESTADO) \_\_\_\_\_ (CÓDIGO POSTAL) \_\_\_\_\_
3. Número de Seguro Social \_\_\_\_\_
4. Número de Teléfono \_\_\_\_\_
5. Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_
6. Sexo       Masculino       Femenino
7. Estado Civil:      Nunca Casado(a)       Casado(a)       Divorciado y Casado(a) de nuevo       Separado(a)   
Divorciado       Viudo(a)       Viudo(a) y Casado(a) de nuevo
8. Correo Electrónico (opcional): \_\_\_\_\_
9. Si es Casado Legalmente: Nombre del Cónyuge: \_\_\_\_\_  
(ADJUNTE UNA COPIA DEL ACTA DE MATRIMONIO)
- Número de Seguro Social del Cónyuge \_\_\_\_\_      Fecha de Nacimiento del Cónyuge \_\_\_\_\_  
(ADJUNTE COMPROBANTE)
10. La fecha en que entró a trabajar por primera vez dentro de la jurisdicción del Local 2 (o alguna de las Uniones Locales predecesores) o del Local 2850 o del Local 14: \_\_\_\_\_
11. La fecha en que trabajó por última vez dentro de la jurisdicción del Local 2, Local 2850 o Local 14: \_\_\_\_\_
12. La fecha en que se jubiló o piensa jubilarse: \_\_\_\_\_
13. ¿Es esta la primera vez que presenta una Solicitud de Pensión al Fondo de Pensiones?       Sí       No  
Si es que "No", favor de explicar: \_\_\_\_\_

14. Anote cualquier otro nombre o número de Seguro Social que haya usado durante su empleo en esta industria y los periodos en que lo usó: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### CLASE DE PENSIÓN

15. Si soy elegible, quiero solicitar la siguiente clase de jubilación (marque una opción)

\_\_\_\_\_ Normal (65 años de edad o mayor)      \_\_\_\_\_ Anticipada (62 a 65 años de edad)

\_\_\_\_\_ Por Discapacidad (55 a 65 años de edad) Nota: Si recibe beneficios por Discapacidad del Seguro Social, debe adjuntar una copia de la carta de otorgamiento de la Administración de Seguro Social. En caso de que no tenga derecho a los beneficios

por Discapacidad del Seguro Social, debe adjuntar cualquier comprobante que tenga que establezca su discapacidad total (por ejemplo, certificación de un médico u otro informe o registro médico).

## ANTECEDENTES DE EMPLEO

16. Anote en la siguiente tabla todo el trabajo que haya tenido mientras trabajaba bajo de la jurisdicción de los Convenios Colectivos de UNITE HERE! Local 2 (o alguna de las Uniones Locales predecesores), de UNITE HERE Local 2850 o del Local 14 de la Unión de Empleados de Servicio. Si no puede dar las fechas exactas, favor de poner las fechas de empleo aproximadas.

(Si necesita más espacio, favor de adjuntar hojas adicionales)

## **ANTECEDENTES COMO MIEMBRO DE UNIÓN**

17. Anote en la siguiente tabla sus antecedentes de membresía de Unión:

## INTERRUPCIÓN DE SERVICIO

En caso de que ha habido interrupción de su servicio de trabajo que pueda impedir que gane una pensión (o que pueda reducir su pensión), es posible que aún tenga derecho a la pensión (o a mayor beneficio) si el motivo por la interrupción de servicio califica de "periodo de gracia" conforme a la regla de interrupción de servicio. El Plan de Pensiones perdonará ciertas interrupciones de servicio cortas si la ausencia resultó de una discapacidad total (ausencia de 2 o 3 años dependiendo del año), ciertas clases de servicio militar, desempleo involuntario (de 36 meses después del 1 de enero, 1965 o de 12 meses si ocurrió antes de esa fecha), ciertas ausencias por Razones Médicas o Familiares, FMLA por sus siglas en inglés (incluyendo embarazo, para atender a un recién nacido o un familiar directo con condición médica grave. El Plan de Pensiones determinará si se le puede perdonar tal interrupción de servicio en base a sus circunstancias individuales.

18. Anote abajo los periodos en que no trabajó debido a:

- A. Discapacidad Total del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
(Fecha) \_\_\_\_\_ (Fecha)
- B. Servicio Militar del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- C. Desempleo Involuntario del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- D. Maternidad o Paternidad  
(y para cuidar al recién nacido) del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- E. Adopción de un Hijo  
(y para cuidar a ese niño(a)) del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- F. Una Ausencia Aprobada por el Empleador del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

19. Anote abajo cualquier ocasión en la que trabajó en la industria como:

- A. Dueño o Socio: del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
lugar \_\_\_\_\_  
del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
lugar \_\_\_\_\_

B. Si fue dueño, ¿en qué calidad fue? (marque una opción)

Accionista Corporativa \_\_\_\_\_

Propietario Único \_\_\_\_\_

Socio \_\_\_\_\_

## DIVORCIO/ORDEN JUDICIAL CALIFICADO DE RELACIONES FAMILIARES

20. ¿Alguna vez se ha divorciado o tiene un divorcio, disolución o separación legal pendiente?

Sí \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Si contestó que "sí", debe adjuntar a la Solicitud una copia de toda orden de relaciones familiares o de orden judicial calificada de relaciones familiares relacionada con dicho divorcio o con los procesos pendientes.

21. Favor de indicar si (1) sus beneficios de pensión conforme a este Plan son destinados al cónyuge, hijo u otra persona conforme a una orden judicial relacionada con un divorcio o la disolución de un matrimonio previo, una separación legal o los pagos de manutención de los hijos o (2) si tiene pendiente ante cualquier tribunal un proceso de divorcio o de separación legal.

Sí \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Si contestó que "sí", debe adjuntar a la Solicitud una copia de toda orden de relaciones familiares o de orden judicial calificada de relaciones familiares relacionada con dicho divorcio o con los procesos pendientes.

## BENEFICIARIO\*

22. Por medio de la presente nombro al siguiente beneficiario para que reciba cualquier pago que se me deba conforme al Plan en caso de que me muera (por ejemplo, pagos de beneficios que se le iban a pagar antes de mi fallecimiento pero que no se pagaron), salvo que de aquí en adelante nombra de forma apropiada a otro beneficiario. (En caso de que sea casado, su cónyuge debe aceptar la designación de un beneficiario que no sea el cónyuge.)

Nombre Completo del Beneficiario \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Domicilio del Beneficiario \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social del Beneficiario \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

\*Nota: Con la excepción limitada de ciertos Participantes de la Zona Seis, el Plan no proporciona beneficios de muerte. Aparte de los beneficios de muerte para ciertos Participantes de la Zona Seis, los beneficios pagaderos a su beneficiario nombrado se limitan al pago de beneficios que se le debían pagar antes de su fallecimiento y que no se le pagaron.

## **FIRMA DEL SOLICITANTE**

23. Certifico bajo pena de perjurio que todas las declaraciones anteriores son verdaderas y correctas. Entiendo que los Fideicomisarios tienen derecho de recuperar todo el dinero que se me pague equivocadamente debido a una declaración falsa.

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

**(REFIÉRASE A LA PÁGINA 4 PARA INFORMACIÓN Y LOS DOCUMENTOS QUE DEBE ADJUNTAR)**

## **FAVOR DE NOTAR – Junto con su solicitud debe presentar:**

- A. Comprobante de su edad (refiérase a la lista de documentos aceptables más adelante)
- B. Comprobante de la edad de su cónyuge legal (si está casado(a) actualmente)
- C. Comprobante de Matrimonio (si está casado(a) actualmente)
- D. Comprobante de Beneficios de Medicare, si tiene derecho a ello (Tarjeta de Medicare)
- E. Copia de la sentencia de divorcio junto con cualquier Acuerdo de División de Bienes Comunes u otra orden Judicial (en el caso de una separación legal) para todos sus matrimonios previos

Son aceptables copias legibles de los documentos anteriores; todo documento original que entregue se le devolverá junto con el acuse de recibo de su solicitud.

## **PARA SU INFORMACIÓN**

Si está legalmente casado(a) para la fecha en que solicite los beneficios de jubilación Normal o Anticipada, se les avisará a usted y a su cónyuge acerca de los beneficios disponibles en forma de pago vitalicia y los beneficios en forma de pago Conjunto y para Superviviente. Recibirá esa información después de que se procese su solicitud y se determinen las cantidades de los beneficios. Comenzarán los pagos de los beneficios después de que usted y su cónyuge legal elijan la forma de pago por escrito en un documento proporcionado por la oficina de administración.

Si está legalmente casado(a) y sigue recibiendo la Pensión por Discapacidad cuando cumpla los 65 años, usted y su cónyuge tendrán derecho al pago en forma de Anualidad Conjunta y para Superviviente. La Oficina del Fondo Fiduciario se comunicará con usted aproximadamente seis semanas antes de que cumpla los 65 años para avisarle acerca de los beneficios disponibles con las opciones de forma de pago.

## **INSTRUCCIONES PARA PRESENTAR LOS COMPROBANTES DE EDAD**

Los comprobantes de edad aceptables aparecen en seguida en dos grupos. Debe entregar una fotocopia de uno de los comprobantes que aparecen en el Grupo I, si es que lo tiene o le es posible obtenerlo ya que esta clase de comprobante es más convincente.

### **GRUPO I**

1. Acta de Nacimiento.
2. Acta de bautismo o Declaración de la fecha de nacimiento demostrada por registro de iglesia y certificado por el custodio de dicho registro.
3. Notificación de nacimiento en un archivo público de estadísticas demográficas.
4. Certificación de registro de edad por el Departamento del Censo Estadounidense.
5. Registro de Nacimiento del Hospital, certificado por el custodio de dicho archivo.
6. Registro de gobierno ajeno.
7. Declaración firmada por el Médico o la Partera que atendió al nacimiento, con respecto a la fecha de nacimiento que aparece en sus archivos.
8. Registro de Naturalización (No se permite fotocopiar; debe entregar el documento original)
9. Documento de Inmigración (No se permite fotocopiar; debe entregar el documento original)

*En caso de que no pueda entregar uno de los comprobantes del Grupo I, debe entregar fotocopias de dos (2) de los comprobantes que aparecen en la lista del Grupo II.*

### **GRUPO II**

1. Archivo militar
2. Pasaporte (No se permite fotocopiar los Pasaportes Estadounidenses; debe entregar el original)
3. Archivo escolar; certificado por el custodio de dicho archivo
4. Registro de vacunas; certificado por el custodio de dicho registro
5. Póliza de seguro que muestre su edad o fecha de nacimiento
6. Registro de matrimonio que muestre su fecha de nacimiento o edad (solicitud de licencia de matrimonio o registro de iglesia; certificado por el custodio de dicho registro, o acta de matrimonio)
7. Otro comprobante como por ejemplo declaraciones notariadas de otras personas que tengan conocimiento de su fecha de nacimiento
8. Carta de la Administración del Seguro Social que declare su fecha de nacimiento según sus archivos.
9. Licencia válida de conductor