

FUNDO DE PENSÕES DOS TRABALHADORES DE MASSACHUSETTS

P.O. BOX 1501 • 1400 DISTRICT AVENUE • SUITE 200
BURLINGTON, MASSACHUSETTS 01803
TELEPHONE (781) 272-1000 • FAX (781) 272-2226

REQUERIMENTO DE PENSÃO DE SOBREVIVÊNCIA

INSTRUÇÕES: *Leia atentamente este requerimento e IMPRIMA todas as respostas. Envie o requerimento preenchido por correio para o Gabinete do Fundo, junto com a Certidão de Óbito original, o comprovativo de idade do membro e, se aplicável, a sua certidão de casamento e o seu comprovativo de idade, bem como uma cópia da sua carta de condução e do cartão da segurança social.*

DECLARAÇÃO DO REQUERENTE

1. QUANTO AO FALECIDO MEMBRO

- a. Nome b. Seguridade Social
- | | | | | |
|--|---------|------|--------------|--|
| | APELIDO | NOME | NOME DO MEIO | |
|--|---------|------|--------------|--|
- c. Data de Óbito (Anexar Certidão de Óbito)
- | | | | | |
|--|-------------|---|--|--|
| | / | / | | |
| | MÊS DIA ANO | | | |
- d. Data de Nascimento (Anexar comprovativo de idade)
- | | | | | |
|--|-------------|---|--|--|
| | / | / | | |
| | MÊS DIA ANO | | | |
- e. Número do Sindicato Local f. Número de Membro (do Cartão do Sindicato)
- g. Data de Inscrição no sindicato
- h. O membro chegou alguma vez a receber alguma Indemnização Laboral durante períodos de tempo em que não podia trabalhar? Sim Não. Se "Sim", anexe quaisquer registos disso, incluindo o nome do Contratante, a Seguradora e quaisquer registos do Serviço de Acidentes Industriais. Inclua também as datas do acidente de trabalho e a duração das prestações.
- i. O membro alguma vez recebeu benefícios semanais do Fundo de Saúde e Bem-Estar dos Trabalhadores de Massachusetts? Sim Não
- j. Data em que o membro teve pela última vez um emprego coberto por seguro.

2. QUANTO AO REQUERENTE

- a. O seu nome b.
- | | | | | |
|--|---------|------|--------------|--|
| | APELIDO | NOME | NOME DO MEIO | |
|--|---------|------|--------------|--|
- (Em caso de viuvez, indique a data de casamento e anexe uma cópia da certidão de casamento)
- c. A sua morada
- NÚMERO - RUA - CIDADE - ESTADO - CÓDIGO POSTAL
- d. O seu telefone (_____) _____
- e. O seu número da segurança social _/_/_/_/_/_/_/_/_/_
- social
- f. Data de Nascimento (Em caso de viuvez, inclua um comprovativo de idade)
- | | | | | |
|--|-------------|---|--|--|
| | / | / | | |
| | MÊS DIA ANO | | | |
- g. O seu parentesco relativamente ao falecido membro

h. Se não é o viúvo(a) do falecido(a), é o administrador(a) ou executor(a) testamentário(a) do falecido? _____ Sim _____ Não. Se “Sim”, envie-nos um documento legal para tal fim.

Venho pelo presente requerer uma Pensão de Sobrevivência junto do Fundo de Pensões dos Trabalhadores de Massachusetts e certifico que as declarações prestadas neste requerimento são verdadeiras, tanto quanto acredito ou me é dado saber. Compreendo que uma declaração falsa constitui motivo suficiente para a recusa, suspensão ou interrupção dos benefícios e que os administradores terão o direito de reaver quaisquer pagamentos que me tenham sido efetuados com base em tais declarações falsas.

ASSINATURA DO REQUERENTE

DATA

Obs.: Este formulário oficial deve ser usado para o requerimento de uma pensão junto deste fundo. Será informado, por escrito, de que o seu requerimento foi recebido pelo Gabinete do Fundo.

Será informado, por escrito, da decisão tomada pelos Administradores sobre o seu requerimento no prazo aproximado de três a quatro meses.

.....

RETENÇÃO DE IMPOSTO SOBRE O RENDIMENTO • As distribuições ou levantamentos deste Plano estão sujeitas a retenções federais e estatais sobre o rendimento, salvo se optar em contrário. Se não nos informar de que quer fazer retenção de impostos, faremos a retenção do imposto sobre o rendimento em conformidade com as tabelas fiscais aplicáveis.

Assinale abaixo as escolhas adequadas. Tenha em conta que, mesmo que escolha não fazer a retenção do Imposto sobre o Rendimento, é responsável pelo pagamento do Imposto sobre o Rendimento sobre a parte tributável do seu benefício de pensão mensal. Pode também estar sujeito a penalidades fiscais, ao abrigo das regras previstas para o pagamento de impostos, se os seus pagamentos ou impostos e retenção previstos, se aplicável, não forem adequados.

_____ (A) Não quero fazer qualquer retenção federal ou estatal de Imposto sobre o Rendimento na minha pensão.

_____ (B) Quero fazer retenção do Imposto sobre o Rendimento na minha pensão mensal.
(Indique abaixo o montante de retenção que está a seleccionar)

_____ (1) Montante em conformidade com as tabelas fiscais aplicáveis.

Número de isenções: Federal _____ Estatal _____

Estado Civil: Casado(a) _____ Solteiro(a) _____

Casado(a), mas com uma taxa única de retenção mais elevada _____

(2 e 3 não são aplicáveis se optou pelo pagamento de um montante único fixo)

_____ (2) \$ _____ Federal \$ _____ Estatal

_____ (3) _____ % Federal _____ % Estatal

_____ (C) Estou isento(a) da retenção do imposto sobre o rendimento de Massachusetts, porque a minha residência fiscal (domicílio) se situa noutra local e o rendimento pago não resultou, nem esteve ligado a qualquer ocupação, profissão, comércio ou atividade exercidos em Massachusetts.

FUNDO DE PENSÕES DOS TRABALHADORES DE MASSACHUSETTS

P.O. BOX 1501 • 1400 DISTRICT AVENUE • SUITE 200
BURLINGTON, MASSACHUSETTS 01803
TELEPHONE (781) 272-1000 • TOLL FREE (800) 342-3792 • FAX (781) 272-2226

FUNDO DE PENSÕES DOS TRABALHADORES DE MASSACHUSETTS Formulário de Autorização de Depósito Direto

Autorizo pelo presente o Fundo de Pensões dos Trabalhadores de Massachusetts, adiante designado por "Fundo" a iniciar operações de crédito por depósito direto na minha () Conta corrente () Conta poupança (*selecione uma*) no banco designado abaixo, adiante designado por "Banco" e a creditar as mesmas em tal conta.

NOME DO BANCO	BALCÃO
CIDADE	ESTADO/PROVÍNCIA
	CÓDIGO POSTAL
N.º TEL. BANCO	EXT.
N.º DE ID. DO BANCO	N.º DE CONTA

Se não sabe o seu número de conta ou número de identificação do banco, contacte este último e solicite tal informação. Certifique-se de que identifica se é uma conta corrente ou conta poupança.

Esta autorização deverá permanecer em pleno vigor e efeito até que o "Fundo" tenha recebido uma notificação POR ESCRITO, enviada por mim, a dar conhecimento do seu cancelamento, da maneira e no momento suscetíveis de dar ao "Fundo" e ao "Banco" uma oportunidade razoável de reagir ao mesmo.

NOME DO PENSIONISTA/BENEFICIÁRIO: _____
(Imprima)

N.º da Seg. Social do PENSIONISTA/BENEFICIÁRIO: _____

ASSINATURA DO PENSIONISTA/BENEFICIÁRIO: _____
(Nome) (Data)

N.º DE TELEFONE DE CASA: _____ **N.º LOCAL** _____
(Caso tenhamos dificuldades com este formulário)

Obs.: Todas as autorizações de crédito por escrito devem prever que o recetor apenas pode revogar a autorização, notificando o emissor da forma especificada nesta autorização.

* PREENCHA ESTE FORMULÁRIO PARA RECEBER OS SEUS CHEQUES DE PENSÃO*
OBRIGATÓRIO