

**FONDO DE PENSIONES DE LOS TRABAJADORES DE MASSACHUSETTS  
(MASSACHUSETTS LABORERS' PENSION FUND)**

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

**SOLICITUD DE PENSIÓN DE SOBREVIVIENTE**

INSTRUCCIONES: Lea esta solicitud cuidadosamente y ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA todas las respuestas. Envíe por correo la solicitud llena a la oficina del Fondo junto con el Certificado de Defunción original, la evidencia de edad del miembro y, si aplica, su acta de matrimonio, evidencia de su edad y una copia de su licencia de conducir y su tarjeta del seguro social.

**DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE**

**1. CON RELACIÓN AL MIEMBRO FALLECIDO**

a. Nombre \_\_\_\_\_ N° de Seguro Social \_\_\_\_\_  
APELLIDO PRIMER Y SEGUNDO NOMBRE

c. Fecha del deceso \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (Adjunte el Certificado de Defunción)  
MES DÍA AÑO

d. Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (Adjunte evidencia de la edad)  
MES DÍA AÑO

e. Número de Sindicato local \_\_\_\_\_ f. No. de Miembro (de la tarjeta del sindicato) \_\_\_\_\_

g. Fecha de ingreso al Sindicato \_\_\_\_\_

h. ¿El miembro recibió alguna vez Compensación de Trabajadores durante periodos de trabajo en los que se encontraba sin trabajar?  
\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No. Si su respuesta es "Sí", adjunte cualquier registro de ello, incluido el nombre del Contratista, la Empresa de Seguros y cualquier otro registro del Consejo de Accidentes Industriales (Industrial Accident Board). Incluya también las fechas de la lesión y la duración de la compensación.

i. ¿El miembro recibió alguna vez beneficios semanales por parte del Fondo de Bienestar y Salud de Massachusetts (Massachusetts Laborers' Health & Welfare Fund)? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

j. Fecha en la que el miembro trabajó por última vez en un empleo con cobertura \_\_\_\_\_

**2. CON RELACIÓN AL SOLICITANTE**

a. Su nombre \_\_\_\_\_ b. \_\_\_\_\_  
APELLIDO PRIMER Y SEGUNDO NOMBRE (SI ES VIUDO/A, ESCRIBA LA FECHA DEL MATRIMONIO Y ADJUNTE COPIA DEL ACTA)

c. Su dirección \_\_\_\_\_  
NÚMERO CALLE CIUDAD ESTADO ZONA POSTAL

d. Su número de teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

e. Su número de Seguro Social \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

f. Su fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (si es viudo/a, incluya evidencia de la edad)

g. Su relación con el miembro fallecido \_\_\_\_\_

h. Si no es el viudo/a del fallecido, ¿es usted el administrador o ejecutor de su patrimonio? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No. Si su respuesta es "Sí", envíe el documento legal que prueba dicha afirmación.

Mediante este documento, solicito la Pensión de Sobreviviente del Fondo de Pensiones de los Trabajadores de Massachusetts y hago constar que las declaraciones expresadas en esta solicitud son verdaderas en la medida de mis conocimientos. Entiendo que una declaración falsa constituirá razón suficiente para la negación, suspensión o discontinuación de las indemnizaciones y que los miembros del Consejo de Administración tendrán derecho a recuperar los pagos efectuados a mi persona con relación a dicho falso testimonio.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
FECHA

NOTA: Este es el formulario oficial que se debe utilizar cuando se solicita una pensión a este fondo. Se le enviará una notificación por escrito donde se indicará que su la Oficina del Fondo recibió la solicitud.

Se le enviará una notificación por escrito con la decisión del Consejo de Administración sobre su solicitud en un lapso aproximado de tres o cuatro meses.

-----  
**RETENCIÓN DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA** • Las distribuciones o retiros de este Plan están sujetas a retenciones del Impuesto sobre la Renta Federal y Estatal, a menos que usted decida lo contrario. Si usted no nos notifica que desea que se retengan sus impuestos, procederemos con la retención del Impuesto sobre la Renta según las tablas de impuestos que apliquen.

Marque a continuación las opciones que correspondan. Tenga en cuenta que, incluso si usted elije que no le retengan el Impuesto sobre la Renta, igualmente será responsable del pago del mismo sobre la porción tributable de la indemnización de su pensión mensual. También podrá estar sujeto a penalizaciones impositivas según las normas de pago del impuesto estimado si sus pagos o la estimación y retención del impuesto no son adecuados, según sea el caso.

\_\_\_\_\_ (A) No deseo que se retenga el Impuesto sobre la Renta Federal ni Estatal de mi pensión.

\_\_\_\_\_ (B) Deseo que se retenga el Impuesto sobre la Renta de mi pensión mensual.  
(Indique abajo el monto de retención que selecciona)

\_\_\_\_\_ (1) Monto en concordancia con las tablas impositivas que apliquen.  
Número de exenciones: Federal \_\_\_\_\_ Estatal \_\_\_\_\_  
Estado civil: Casado \_\_\_\_\_ Soltero \_\_\_\_\_  
Casado pero bajo retención a una tasa individual más alta \_\_\_\_\_  
(2 y 3 no aplican si optó por un acuerdo de suma global)

\_\_\_\_\_ (2) \$ \_\_\_\_\_ Federal                      \$ \_\_\_\_\_ Estatal

\_\_\_\_\_ (3) \_\_\_\_\_ % Federal                      \_\_\_\_\_ % Estatal

\_\_\_\_\_ (C) Estoy exento de la retención del impuesto sobre la renta en Massachusetts debido a que mi residencia legal (domicilio) se encuentra en otro lugar y el ingreso pagado no se derivó de ni estuvo relacionado con una ocupación, una profesión, un comercio ni un negocio llevado a cabo en Massachusetts.

**FONDO DE PENSIONES DE LOS TRABAJADORES DE MASSACHUSETTS  
(MASSACHUSETTS LABORERS' PENSION FUND)**

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

**Fondo de Pensiones de los Trabajadores de Massachusetts  
Formulario de Autorización de Depósito Directo**

Mediante este documento, autorizo al Fondo de Pensiones de los Trabajadores de Massachusetts, en lo sucesivo denominado el "Fondo", para que realice depósitos directos en mi cuenta ( ) Corriente ( ) de Ahorros (*seleccione una*) en el banco que se indica a continuación, en lo sucesivo denominado el "Banco", y a acreditarlos en dicha cuenta.

**NOMBRE DEL BANCO:** \_\_\_\_\_ **OFICINA** \_\_\_\_\_  
**CIUDAD:** \_\_\_\_\_ **ESTADO/PROV.** \_\_\_\_\_ **CÓDIGO POSTAL** \_\_\_\_\_  
**NÚMERO TELEFÓNICO DEL BANCO** \_\_\_\_\_ **EXT:** \_\_\_\_\_  
**# DE ROUTING** \_\_\_\_\_ **# DE CUENTA** \_\_\_\_\_

Si desconoce su número de cuenta o enrutamiento (*routing*), contacte a su banco y solicite esta información. Asegúrese de especificar si es una cuenta corriente o de ahorros.

Esta autorización se mantendrá vigente hasta que el "Fondo" reciba una notificación POR ESCRITO de mi parte en la que se especifique su culminación de una manera que brinde tanto al "Fondo" como al "Banco" un tiempo razonable como para proceder al respecto.

**NOMBRE DEL PENSIONADO/BENEFICIARIO:** \_\_\_\_\_  
(En letra de imprenta)

**NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL PENSIONADO/BENEFICIARIO:** \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL PENSIONADO/BENEFICIARIO:** \_\_\_\_\_  
(Nombre) (Fecha)

**No. DE TELÉFONO RESIDENCIAL:** \_\_\_\_\_ **# LOCAL** \_\_\_\_\_  
(En caso de surgir dificultades con esta planilla)

**NOTA:** Toda autorización de crédito por escrito debe estipular que el receptor podrá revocar la autorización únicamente mediante notificación al emisor en la manera especificada en esta autorización.

**\*LLENE ESTE FORMULARIO PARA RECIBIR LOS CHEQUES DE SU PENSIÓN\***  
**OBLIGATORIO**