FONDO DE ANUALIDAD DE EMPLEADOS DE MASSACHUSETTS

P.O. BOX 1501 – 14 DISTRICT AVENUE – SUITE 200
BURLINGTON, MASSACHUSETTS 01803
TELÉFONO (781) 272-1000 – LÍNEA GRATUITA (800) 342-3792 – FAX (781) 272-2226

Querido(a) Miembro(a),

Usted podría ser elegible para la distribución de su Anualidad basado en el hecho que el Fondo de Anualidad de Empleados de Massachusetts no ha recibido contribuciones de parte suya durante por lo menos 12 meses, o debido a que se ha retirado o por discapacidad. **Las cuentas que permanezcan con nosotros serán acreditadas con intereses positivo y/o negativos hasta que sean retiradas por completo. Los estados de cuenta se envían durante el otoño.**
Adjunto encontrará una solicitud para la distribución de su anualidad, junto con un formulario de Opción

de Traspaso / Rechazo. Si desea retirar su anualidad en este momento, por favor llene todos los formularios y envíelos de regreso. La declaración del solicitante (Casilla #4) de la solicitud debe estar firmada en presencia de un Notario Público; asegúrese que el Notario escriba los nombres de todas las partes firmantes, tanto esposo y esposa en la sección de Reconocimiento Notarial. Este detalle es la razón principal por la cual se retornan solicitudes para corrección. **Si usted está divorciado, por favor confirme con la Ofician de Fondos para ver si a usted se le requerirá que envíe una copia de su Acuerdo de Separación y Sentencia Definitiva de Divorcio. Si su pareja ha fallecido, por favor envíenos una copia del Acta de Defunción.**

AVISO IMPORTANTE

Por su seguridad, nosotros le pediremos tres formas de Identificación; su tarjeta de Seguro Social, Acta de Nacimiento y una tarjeta de Identificación con Foto emitida por el Estado, la cual podría ser su Licencia de Conducir o Pasaporte.
Se recomiendan las fotocopias.

Las solicitudes incompletas serán devueltas.

La valuación del saldo de la cuenta será determinada en base a las devoluciones fiscales anuales positivas y/o negativas hasta el último mes antes de que el Fondo reciba su solicitud de anualidad. Todos los fondos están sujetos a la fluctuación del Mercado hasta la fecha actual de emisión de su cheque. Las solicitudes completadas, incluyendo las copias de todas las identificaciones requeridas, entregadas para el 15 del mes, recibirán la emisión de su cheque el día primero del mes siguiente, siempre y cuando el miembro sea elegible.

Con respecto a los impuestos, por favor tenga en cuenta que existe un Impuesto Sobre la Renta Federal obligatorio de un 20%, el cual se impone sobre la suma total de las distribuciones y la mayoría de las distribuciones periódicas hechas al miembro. Además, un Impuesto Federal de Penalidad por Retiro Temprano de un 10% es aplicable si la cuenta se retira antes de alcanzar la edad de 59 ½, a menos que usted estés recibiendo pagos del Seguro Social por Discapacidad, o haya los 55 años de edad y ya está cobrando una anualidad. El Impuesto Estatal de Massachusetts se calcula a un aproximado de 6%. Los solicitantes podrían pagar la penalidad, y/o Impuesto Estatal de Massachusetts, al momento de retiro, o al someter sus impuestos sobre la renta. Le recordamos a los miembros que sometan los formularios correctos para estos impuestos (tales como el **Formulario 5329** para la penalidad de 10%). Una transferencia hacia una Cuenta de Retiro Individual (I.R.A.) no aplica para imposición de impuestos al momento del traspaso, sino solo al momento de usted hacer un retiro de su IRA. Las transferencias parciales (transferir una parte de la cuenta y retirar el resto) también es una opción.

El Departamento de Anualidad

Fecha de Recepción de Solicitud

FONDO DE ANUALIDAD DE EMPLEADOS DE MASSACHUSETTS

P.O. BOX 1501 – 14 DISTRICT AVENUE – SUITE 200
BURLINGTON, MASSACHUSETTS 01803
TELÉFONO (781) 272-1000 – LÍNEA GRATUITA (800) 342-3792 – FAX (781) 272-2226

_____
(Para Uso Oficial Solamente)

SOLICITUD PARA DISTRIBUCIÓN POR RETIRO, DISCAPACIDAD O SEPARACIÓN DE MÁS DE 12 MESES DEL EMPLEO CUBIERTO

INSTRUCCIONES

Por favor complete TODAS las secciones, incluya copias del Acta de Nacimiento, Tarjeta de Seguro Social y Licencia de Conducir (o ID Estatal con Foto) firme (tanto usted como su pareja, si la tiene) en presencia de un Notario Público y devuélvalo a la dirección anterior. Incluya un consentimiento de pareja notarizado si elige una forma de pago que no sea Anualidad de Esposo y Esposa en el caso de que usted sea casado. Firme y feche todos los formularios aplicables a su solicitud de Plan de Anualidad. Si tiene alguna pregunta, por favor llame a la Oficina de Fondos en uno de los números de teléfonos indicados anteriormente. Si no se llenan todas las secciones, o si el formulario no está notarizado, su solicitud no podrá ser procesada. Las solicitudes completadas correctamente son procesadas entre 30 y 60 días.

Aviso de Derecho de Aplazar Distribución de Beneficios. Aunque usted ha solicitado una distribución de su cuenta del Plan de Anualidad, la Ley requiere que nosotros le informemos sobre su derecho de posponer una distribución para otro momento, así como los efectos de usted elegir retirar su distribución ahora en vez de aplazarla para otra fecha futura.

Derecho a Aplazar. Bajo las normas del plan, usted puede aplazar la fecha de recibir sus beneficios hasta el 1ero de abril del año siguiente después de cumplir los 70 ½ de edad. Por supuesto, usted también puede elegir iniciar sus beneficios en cualquier momento antes de dicha fecha siempre y cuando usted cumpla con los requisitos de elegibilidad según estipulados en la página 15 de su Resumen de Descripción de Plan.

Consecuencias de no Aplazar su Distribución. Si usted pospone su distribución, el Consejo Directivo continuará invirtiendo dinero en su cuenta según lo descrito en las páginas 3 y 4 de su Resumen de Descripción de Plan, y su cuenta continuará siendo ajustada mensualmente por cualquier ganancia, pérdida o gastos administrativos según lo descrito en la página 6 del Resumen de Descripción de Plan.

(Por Favor Escriba)

1. NOMBRE COMPLETO _____ SINDICATO LOCAL _____

DIRECCIÓN COMPLETA _____

_____ No. TELÉFONO (_____)-_____

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

Estado Civil: Soltero _____ Casado _____ (Fecha) Divorciado _____ (Fecha) Viudo(a) _____ (Fecha)

RETENCIÓN DE IMPUESTOS SOBRE LA RENTA – Por favor vea la sección relacionada con la Retención de Impuestos Sobre la Renta a continuación, y, por favor también lea el "Aviso de Impuestos Especiales Concernientes a Pagos de Planes" que se le provee junto con esta Solicitud. Para fines de Impuestos Sobre La Renta Federales, usted debe saber que este Plan es un Plan de Contribución de Anualidad Definido y esta "Calificado" bajo el Código del Departamento de Impuestos Internos. Para información sobre la aplicación de impuestos a distribuciones totales o parciales, tales como transferencias a IRA's u otros planes, por favor refiérase a un consultor de impuestos calificado.

CANTIDAD DE DISTRIBUCIÓN – Los saldos de cuentas son calculados y las ganancias se aplican mensualmente. La cantidad de la distribución pagada estará basada en el saldo en su cuenta del cierre del mes anterior, más

cualquier contribución que usted haya recibido antes de la distribución.

2. MÉTODO DE DISTRIBUCIÓN – por favor indique su elección y complete:
Si usted está casado, sus beneficios serán pagados como Anualidad de Esposo y Esposa al 50%, a menos ambos usted y su pareja renuncien a esta opción por escrito y elijan un método de pago alternativo. La Anualidad de Esposo y Esposa al 50% (Opción D) provee un beneficio de por vida para usted con un beneficio de por vida pagable a su pareja después de usted. Usted también puede elegir recibir un beneficio de anualidad más pequeño con continuación de pagos a su pareja de 75% o 100% de la cantidad que usted recibía. Si usted elige rechazar la Anualidad de Esposo y Esposa, usted debe completar las DECLARACIONES DE SOLICITANTE y PAREJA en la Sección 4 a continuación, y sus firmas deben estar notarizadas. Las disposiciones actuales del plan le permiten recibir el pago, si califica en uno de los siguientes métodos:

En caso de calificar, las provisiones actuales del Plan le permiten recibir pagos de las siguientes maneras:
_____ **(A) Un Pago de Una Suma Global –** Elija cualquier cantidad que usted desee recibir (antes de impuestos), hasta el saldo total de su cuenta: $ _____

LAS OPCIONES B, C, D y E SOLO ESTÁN DISPONIBLES SI EL SALDO DE SU CUENTA EXCEDE LOS $5,000.00

_____ (B) Pagos Mensuales – Usted puede elegir recibir sus beneficios en pagos que sean aproximadamente iguales a lo largo de un periodo que no exceda los 15 años. (Si usted elige este método, indique la cantidad de pagos mensuales: _____) (mínimo de 12 meses) (los saldos restantes siguen siendo afectados por ganancias positivas o negativas)
_____ (C) Un Pago Combinado y Pagos – Usted puede elegir recibir una porción de su cuenta, con el saldo pagado en pagos mensuales que sean aproximadamente iguales que no excedan los 15 años. (Si usted elije este método, indique la porción que desea recibir en este momento: $ _____ _____ y la cantidad de pagos mensuales para el saldo de la cuenta: _____) (mínimo de 12 meses)
_____ (D) Una Anualidad de Esposo y Esposa – Usted puede elegir que se le hagan los pagos mensuales de por vida, los cuales, al momento de su muerte, pasarán a su pareja por el resto de su vida a un 50%, 75% o 100%, (cualquiera que usted elija) de la cantidad que usted recibía mensualmente.
_____ 50% _____ 75% _____ 100%
_____ (E) Una Anualidad de Por Vida – Usted puede elegir que se le hagan pagos mensuales de por vida. Sin embargo, no se le harán pagos a su pareja o beneficiario después de su muerte.

Aviso: Si usted decide recibir un Pago Único Global, por favor lea el "Aviso de Impuestos Especial" y complete el Formulario de Opción de Traspaso. Si usted elige "D" o "E", sus beneficios serán usados para comprar la anualidad de una compañía de seguros externa y sus beneficios serán administrados y distribuidos por la compañía de seguros a un costo adicional para usted.

3. PRUEBA DE EDAD – Adjunte una fotocopia de su **Tarjeta de Seguro Social, Licencia de Conducir (of ID Estatal)** y **UNA** de las siguientes pruebas de su edad:
1. Acta de Nacimiento
2. Acta de Bautismo u otro certificado de la iglesia
3. Notificación de Inscripción de Nacimiento en una oficina pública de registros vitales
4. Acta de Nacimiento de Hospital
5. Certificado extranjero de gobierno o iglesia
6. Una declaración firmada y notarizada de un médico o partera en un centro de partos
7. Registro de Naturalización
8. Papeles de Inmigración
9. Expediente Militar
10. Pasaporte
11. Matrícula Escolar

4. DECLARACIONES DEL SOLICITANTE Y PareJA / DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE (Marque Una)

_____ Por medio del presente juro que no estoy legalmente casado(a) en estos momentos

_____ Por medio del presente juro no sé cómo localizar a mi pareja. (Por favor incluya una carta que detalle su intento más reciente de localizar a su pareja.)

_____ Por medio del presente juro que la persona que firma el documento en conjunto conmigo es mi pareja legal actual.

_____ Fecha _____

Firma del Solicitante (MIEMBRO)

Esto debe ser firmado en presencia de un Notario

DECLARACIÓN DE LA PAREJA

Por medio del presente yo consiento a que mi pareja solicite el pago del Fondo de Anualidad con un método diferente al de Anualidad de Esposo & Esposa, según lo declarado en esta solicitud. Yo entiendo que le estoy renunciando mi derecho a mis beneficios de pareja superviviente bajo la Anualidad de Esposo y Esposa con este Fondo, según lo estipulado en la Sección 2, Opción D.

Nombre de la Pareja _____ No. S.S. de la Pareja _____

Fecha de Nacimiento de la Pareja _____ Fecha de Matrimonio _____

Firma de la Pareja _____ Fecha _____

Esto debe ser firmado en presencia de un Notario

Si usted está casado(a), se requiere la firma de su pareja (en conformidad con la Ley de Equidad en el Retiro de 1984)

RECONOCIMIENTO DEL NOTARIO

Estado de _____ Condado de _____

El _____ de _____ del _____ ante mí, compareció _____

_____

Notario: Por favor indique los nombres de todas las personas que firman aquí (Ambas partes deben estar presentes, si están casados)

La cual he conocido como la persona descrita en esta Sección 4, y quien ha ejecutado esta declaración y han reconocido fielmente que la han ejecutado bajo su propia libertad y voluntad para los fines contenidos aquí. En testimonio de lo cual, coloco mi firma de puño y letra:

_____ (La firma del Notario puede ser requerida en la siguiente página también)

Firma del Notario Público

Mi Comisión Expira: _____ Sello Adjunto: _____

5. NOMBRAMIENTO DEL BENEFICIARIO – Si usted no está casado(a), o si elige nombrar un beneficiario que no sea su pareja, por favor complete lo siguiente.

Por favor tenga en cuenta que su pareja será nombrad(a) como su beneficiario automáticamente a menos que él/ella esté de acuerdo con nombrar otro beneficiario y firme a continuación.

Por medio del presente yo nombro como mi beneficiario para recibir mis pagos del Fondo de Anualidad de Empleado de Massachusetts después de mi muerte a:

Nombre _____ No. De S.S. _____

Dirección _____

Fecha de Nacimiento _____ Relación _____

Firma del Miembro _____ Fecha _____

Firma de la Pareja _____ Fecha _____

Firma del Notario Público _____ Fecha _____

6. RETENCIÓN DE IMPUESTOS SOBRE LA RENTA – Si usted ha elegido que sus beneficios de retiro sean distribuidos en un solo pago global o pagos periódicos por un periodo de menos de 10 años, se aplicará la norma obligatoria de Impuestos Sobre la Renta Federales de 20%. A continuación, usted puede elegir que se le retengan impuestos adicionales.

Si usted ha elegido que sus beneficios de retiro sean distribuidos en forma de pagos a 10 años o más, como anualidad de por vida, como Anualidad de Esposo & Esposa, o como un traspaso directo a una Cuenta de Retiro Individual (IRA), Roth IRA u otro plan de retiro calificado, la retención obligatoria del 20% por Impuestos Sobre La Renta Federal no aplica. A continuación, usted puede elegir que le retengan otros impuestos aplicables.

También debe tener en cuenta que se le podría aplicar un Impuesto de Penalidad Federa de 10% por realizar muchas distribuciones antes de alcanzar los 59 ½ de edad, a parte de la retención de impuestos.

_____ Ningún Impuesto Sobre la Renta Federal Retenido

_____ 10% por Impuesto de Penalidad Federal Retenido

_____ Ningún Impuesto Sobre la Renta Estatal Retenido

_____ % o $ _____ por Impuesto Sobre la Renta Estatal Retenido

_____ _____ % o $ _____ por Impuesto Sobre la Renta Estatal Retenido

Aunque usted no elija que se le retenga Impuesto Sobre la Renta Federal, usted es responsable por pagar los Impuestos Sobre la Renta Federales para la porción tributable de su distribución o retiro. Usted también podría estar sujeto a penalidades tributarias en base a los índices de pagos de impuestos estimados si su pagos o impuestos estimados y retención, de haber alguna, no son correctas.

_____ Yo estoy exento de retención de impuestos sobre la renta para Massachusetts debido a que mi residencial legal (domicilio) es otro lugar y el ingreso pagado no era derivado ni estaba relacionado con una ocupación, profesión, trabajo o negocio realizado en Massachusetts.

7. FIRMA – Por medio del presente solicito los pagos bajo los términos del Plan de Anualidad de Empleados de Massachusetts y certifico que la información provista aquí es completa y veráz.

_____ _____

Firma del Solicitante (requerida) Fecha

COMPLETE SOLO UN LADO Y DEVUELVA ESTE FORMULARIO JUNTO CON LA SOLICITUD

FONDO DE ANUALIDAD DE EMPLEADOS DE MASSACHUSETTS
FORMULARIO DE ELECCIÓN DE TRASPASO

Marque a continuación si desea un traspaso completo o parcial. Esto es opcional para cualquier participante con un saldo de $200 o más.

_____ Yo deseo traspasar mi pago completo a una IRA u otro plan de retiro calificado que acepte traspasos. A continuación, se indica la IRA o plan de retiro.

Usted puede elegir que solo una parte del pago sea traspasado directamente, y que el resto sea pagado directamente a usted. Se retendrá el 20% por concepto de Retención de Impuesto Sobre la Renta Federal de cualquier porción que no sea traspasada directamente.

_____ Yo deseo que solo una parte de mi pago sea traspasado directamente. Por favor traspase (por lo menos $200) $ _____ a la IRA o plan de retiro calificado indicado a continuación, y pague el resto de mis beneficios a mi persona, después de haber retenido el 20% por concepto de impuesto sobre la renta federal según lo requerido por la Ley.

_____

Emitir cheque a nombre de: Nombre de la Fideicomisario IRA o Plan de Retiro Calificado
de Cuenta

_____

Enviar cheque a (POR FAVOR ESCRIBA) Attn.:

_____

Dirección Física Ciudad Estado Código Postal

CERTIFICACIÓN

Por medio del presente certifico que el beneficiario de un traspaso directo que yo he nombrado anteriormente es una Cuenta de Retiro Individual, Una Anualidad de Retiro Individual o un plan de retiro calificado que acepta traspasos. Yo entiendo que los pagos de mis beneficios hechos al fideicomisario de la IRA o plan de retiro calificado descargan a los Fideicomisarios del Fondo de Anualidad de Empleados de Massachusetts de cualquier otras obligación o responsabilidad con respecto a los beneficios pagados.

_____ _____

Firma Fecha

_____

Número de Seguro Social

POR FAVOR VEA EL OTRO LADO PARA EL FORMULARIO DE RECHAZO DE TRASPASO DIRECTO

COMPLETE SOLO UN LADO Y DEVUELVA ESTE FORMULARIO JUNTO CON LA SOLICITUD

FONDO DE ANUALIDAD DE EMPLEADOS DE MASSACHUSETTS
FORMULARIO DE ELECCIÓN DE TRASPASO

ATENCIÓN: *Antes de completar este formulario, usted debe leer el aviso especial de impuestos que trata sobre sus pagos cuidadosamente. También es recomendable que consulte con un consultor de impuestos antes de tomar esta decisión.*

ESCRIBA NOMBRE NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN FÍSICA NÚMERO DE APARTAMENTO

CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Si usted decide NO traspasar una distribución elegible directamente a una IRA o plan de retiro calificado, el Plan está obligado a retener el 20% del pago por concepto de impuestos sobre la renta federales. Además, el Plan está obligado a retener impuestos sobre la renta estatales. Esta retención no es un incremento a sus impuestos, pero se acreditará en contra de cualquier impuesto sobre la renta que usted deba. Para mayor información sobre traspasos directos y retenciones, por favor lea el aviso especial sobre pagos de planes que el Plan le ha provisto.

Marque a continuación si usted no desea elegir un traspaso directo de su saldo de cuenta de Anualidad:

_____ Yo no deseo traspasar ninguna parte de mi pago a una IRA u otro plan de retiro calificado.

FIRMA DE PARTICIPANTE FECHA

POR FAVOR VEA EL OTRO LADO PARA EL FORMULARIO DE ELECCIÓN DE TRASPASO

MASSACHUSETTS LABORERS' ANNUITY FUND

P.O. Box1501 • 1400 District Avenue • Suite 200
Burlington, Massachusetts 01803
Telefóno (781) 272-1000 • Gratis (800) 342-3792 • Fax (781) 272-2226

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE DEPÓSITO DIRECTO

TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA A SU CUENTA BANCARIA

Por la presente autorizo al Fondo de Annuity de los Trabajadores de Massachusetts, en lo sucesivo llamado el "Fondo", para iniciar entradas de crédito de depósito directo a mi cuenta en el banco nombrado a continuación, en lo sucesivo llamado el "Banco", y al crédito en la misma cuenta. Los *Cambios* en el Depósito Directo deben ser presentados en la primera semana del mes para aplicarlos el siguiente mes.

NOMBRE DEL BANCO: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

 # DE TELEFONO DEL BANCO _____ **EXT.** _____

 # DE RUTA _____ **# DE CUENTA** _____

⇨Por favor seleccione uno: ( ) Cheques ( ) Ahorros

El primer cheque se le enviara a los miembros, después será depósito directo. Si necesita ayuda para completar este formulario, por favor llame a su banco y solicite esta información, **o haga que se lo completen y envíen por fax el formulario a nuestra oficina**. Asegúrese de identificar si se trata de una cuenta de cheques o de ahorros. Si la cuenta es de cheques, por favor incluya un cheque ANULADO de su cuenta.

Esta autorización permanecerá en pleno vigor y efecto hasta que el "Fondo" reciba una notificación **ESCRITA** de mi parte para su terminación. La notificación se hará en el tiempo y en la forma como para permitir al "Fondo" y al "Banco" una oportunidad razonable para actuar al respecto. Asimismo, el cambio de una cuenta bancaria puede tomar dos meses, mientras probamos su cuenta antes de la transferencia de fondos.

Número de Seguro Social del Miembro: _____ **TEL#**_____

Su Seguro, si es un beneficiario: _____ **TEL#**_____

Dirección Actual:_____
Calle Ciudad Estado Código Postal

FIRMA DEL BENEFICIARIO:_____ **FECHA:**_____

NOTA: Usted debe avisar a la Oficina del Fondo de cualquier cambio futuro de dirección, incluso con el depósito directo. **Los Formularios de Impuestos** y los anuncios se envían a la dirección registrada, el reenvío con la oficina de correo son sólo válidos durante tres meses.