

FUNDO DE ANUIDADE DOS TRABALHADORES DE MASSACHUSETTS

Caixa postal 1501, 1400 District Avenue, Suite 200, Burlington, Massachusetts 01803

Telefone 781-272-1000, ramal 150 ou 800-342-3792, Fax: 781-272-2226

Solicitação de benefícios

Solicitação de distribuição por aposentadoria, invalidez ou afastamento de 12 meses do emprego com cobertura. Se a sua solicitação for preenchida e devolvida até o dia 15 do mês e for aprovada, o seu benefício será depositado diretamente na instituição financeira que você escolheu ou será enviado pelo correio como um cheque no primeiro dia do mês seguinte, dependendo de como você optar por recebê-lo.

| Instruções | | | |
|--------------------------------|--|---|----------|
| A. | Leia cada pergunta com atenção e responda com precisão a todas as perguntas aplicáveis para evitar atrasos no processamento de sua solicitação. | | |
| B. | Favor IMPRIMIR todas as informações. | | |
| C. | Forneça todos os documentos solicitados. | | |
| D. | Assine e coloque a data em todos os formulários. | | |
| E. | Envie a solicitação preenchida e a documentação adicional para o Escritório do Fundo no endereço indicado acima. | | |
| F. | Se tiver alguma dúvida, entre em contato com o Escritório do Fundo pelo número de telefone acima. | | |
| Seção 1: Dados pessoais | | | |
| Número do Seguro Social | Nome (Primeiro, do meio, sobrenome) | | |
| Endereço residencial | City | Estado | Zip Code |
| Data de nascimento | Sindicato local | Número de telefone <input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Celular () | |
| Endereço de e-mail pessoal | | | |
| Estado Civil | | | |
| Solteiro | <input type="checkbox"/> | | |
| Casado | <input type="checkbox"/> | Data _____ | |
| Divorciado | <input type="checkbox"/> | Data _____ (Forneça uma cópia de seu acordo de separação e da sentença de divórcio) | |
| Viúvo | <input type="checkbox"/> | Data _____ (Forneça uma cópia da certidão de óbito de seu cônjuge) | |

Seção 2: Comprovante de idade

Envie uma fotocópia do seu cartão de Seguro Social, carteira de motorista (ou identidade estadual) **e** uma fotocópia de um dos seguintes documentos:

1. Certidão de nascimento
2. Certidão de batismo ou outro registro religioso certificado
3. Notificação de registro de nascimento em um registro público de estatísticas vitais
4. Registro de nascimento do hospital
5. Registro de igreja ou governo estrangeiro
6. Uma declaração assinada e reconhecida em cartório pelo médico ou parteira que assistiu ao parto
7. Registro de naturalização
8. Documentos de imigração
9. Registro militar
10. Passaporte
11. Registro escolar

Seção 3: Tipo de distribuição

Marque uma das opções a seguir que se aplica a você:

- Aposentadoria
 Deficiência (forneça uma cópia da sua carta de concessão de seguro social por deficiência)
 Afastamento de 12 meses de emprego com cobertura

Opções de pagamento

O Fundo oferece várias opções para o recebimento do seu benefício, para que você possa escolher a que for melhor para você e sua família. O Fundo oferece uma opção de pagamento automático para você, dependendo se você é solteiro ou casado. Se você for casado, poderá escolher qualquer opção de pagamento que desejar com o consentimento do seu cônjuge.

Verifique sua opção de pagamento entre as seguintes opções.

As opções 1, 2, 4 e 5 estão disponíveis somente se o saldo de sua conta for superior a US\$ 7.000.

Opcão 1

1. **Pagamentos periódicos*** (de um a 15 anos) Você deve preencher a declaração do requerente e do cônjuge nas Seções 4 e 5, e suas assinaturas **devem ser reconhecidas em cartório** na Seção 6.
Você pode optar por receber uma renda mensal em pagamentos aproximadamente iguais por um período de tempo específico, de um a 15 anos. Indique o número de pagamentos mensais que você gostaria de receber (mínimo de 12 meses):*. _____ . Se você morrer antes de receber o número especificado de pagamentos mensais, seu beneficiário receberá os pagamentos restantes.

*Seu(s) saldo(s) restante(s) continua(m) a ser afetado(s) pelos ganhos de investimento e taxas administrativas. Se você voltar a trabalhar antes de receber todos os pagamentos programados, deverá notificar o Escritório do Fundo imediatamente.

Opção 2

2. **Combinação de pagamento único/periódico*** Você deve preencher a declaração do requerente e do cônjuge nas Seções 4 e 5, e suas assinaturas **devem ser reconhecidas em cartório** na Seção 6. Preencha o formulário de elegibilidade de reinvestimento e o formulário de rejeição de reinvestimento (incluídos em sua solicitação).

Essa opção combina as opções de pagamento único e periódico. Você pode receber uma parte do saldo da sua conta com o saldo restante pago em parcelas mensais aproximadamente iguais (não excedendo 15 anos).

Indique o valor (**sem impostos**) que você deseja receber: _____

Indique o nº de pagamentos mensais que você gostaria de receber (mínimo de 12 meses):* _____

*Seu(s) saldo(s) restante(s) continuará(ão) a ser afetado(s) pelos ganhos de investimento e taxas administrativas. Se você voltar a trabalhar antes de receber todos os pagamentos programados, deverá notificar o Escritório do Fundo imediatamente.

Opção 3

3. Pagamento único

Você deve preencher a declaração do requerente e do cônjuge nas Seções 4 e 5, e suas assinaturas **devem ser reconhecidas em cartório** na Seção 6. Preencha o formulário de elegibilidade de reinvestimento ou o formulário de rejeição de reinvestimento (incluídos em sua solicitação).

Montante único parcial: Indique o valor (**sem impostos**) que você deseja receber: _____

Montante único total: Quero receber o saldo total de minha conta.

Opção 4

4. Anuidade vitalícia Você deve preencher a declaração do requerente e do cônjuge nas Seções 4 e 5, e suas assinaturas **devem ser reconhecidas em cartório** na Seção 6.

Essa opção oferece pagamentos mensais feitos a você somente durante a sua vida. Nenhum pagamento será feito ao seu cônjuge ou beneficiário após o seu falecimento. Se você escolher uma anuidade vitalícia, ela será fornecida por meio da compra de um contrato de anuidade de uma companhia de seguros. O contrato de anuidade será firmado entre você e a seguradora, e uma seguradora externa administrará os pagamentos mediante o pagamento de uma taxa. Depois de começar a receber seu benefício, você não poderá mudar para uma opção de pagamento diferente.

Opção 5

5. Anuidade conjunta e de sobrevivência* Essa forma de pagamento paga a você um benefício mensal vitalício e paga um benefício mensal vitalício ao cônjuge sobrevivente após o seu falecimento.

50% de anuidade conjunta e de sobrevivência: Se o seu cônjuge sobreviver a você, ele receberá uma renda mensal vitalício de 50% do valor que você estava recebendo, a partir do seu falecimento.

75% de anuidade conjunta e de sobrevivência: Se o seu cônjuge sobreviver a você, ele receberá uma renda mensal vitalício de 75% do valor que você estava recebendo, a partir do seu falecimento.

100% de anuidade conjunta e de sobrevivência: Se o seu cônjuge sobreviver a você, ele receberá uma renda mensal vitalício de 100% do valor que você estava recebendo, a partir do seu falecimento.

Se você optar por uma anuidade conjunta e de sobrevivência, ela será fornecida por meio da compra de um contrato de anuidade de uma companhia de seguros. O contrato de anuidade será firmado entre você e a seguradora, e uma seguradora externa administrará os pagamentos mediante o pagamento de uma taxa. Depois de começar a receber seu benefício, você não poderá mudar para uma opção de pagamento diferente.

*Você será elegível para as opções de pagamento de anuidade conjunta e de sobrevivência se você e seu cônjuge foram casados um com o outro por um ano antes da data de início da anuidade.

Informações importantes sobre seu benefício do Fundo de Anuidade

Notificação do direito de adiar a distribuição de benefícios. Embora você tenha solicitado a distribuição do saldo de sua conta do Fundo de Anuidade, a lei exige que o informemos sobre seu direito de adiar a distribuição para uma data posterior e sobre as consequências se você optar por receber a distribuição agora em vez de adiá-la para uma data posterior.

As distribuições do Fundo de Anuidade podem ser tributadas. O valor da tributação depende de como e quando você recebe a distribuição.

Você pode encontrar informações mais detalhadas sobre o tratamento fiscal federal de pagamentos de planos do empregador no [Aviso 2020-62 do IRS](#). Antes de decidir se aposentar ou optar por uma opção de pagamento, consulte um consultor tributário profissional.

Direito de adiamento. Não há prazo para solicitar seu benefício; no entanto, a legislação tributária federal exige que você comece a receber distribuições mínimas a partir dos 70 anos (a idade exata depende de quando você nasceu). Acesse [IRS.gov](#) para obter as regulamentações atuais.

Consequências de não adiar sua distribuição. Se você optar por manter seu saldo investido no Fundo de Anuidade, o Conselho de Curadores continuará a investir o dinheiro em sua conta, e seu saldo continuará a ser afetado pelos rendimentos do investimento e pelas taxas administrativas.

Seção 4: Declaração do requerente

A declaração do requerente deve ser preenchida independentemente do seu estado civil e **deve ser assinada na presença de um tabelião (consulte a Seção 6)**.

- Juro que não estou legalmente casado no momento.
 Juro que não consigo localizar meu cônjuge. (Inclua uma carta detalhando suas tentativas mais recentes de localizar seu cônjuge.)
 Juro que a pessoa que está assinando a declaração do cônjuge abaixo é meu cônjuge legal atual.

Data: _____

Assinatura do requerente (Membro)

Seção 5: Declaração do cônjuge

Se você for casado, a assinatura do seu cônjuge será necessária se você selecionar uma forma de pagamento que não seja uma Anuidade Conjunta e de Sobrevivência (de acordo com a Lei de Equidade de Aposentadoria de 1984).

Autorizo a solicitação do meu cônjuge para pagamento do Fundo em uma forma diferente da Anuidade Conjunta e de Sobrevivência. Entendo que renuncio ao meu direito ao benefício do cônjuge sobrevivente sob a Anuidade Conjunta e de Sobrevivência do Fundo, conforme descrito na Seção Opções de Pagamento, Opção 2.

Nome do cônjuge: _____ Número do seguro social do cônjuge _____

Data de nascimento do cônjuge: _____ Data do casamento: _____

Data: _____

Assinatura do cônjuge

Isso deve ser assinado na frente de um tabelião.

Seção 6: Reconhecimento do tabelião

RECONHECIMENTO DO TABELIÃO: Liste o(s) nome(s) de todos que estão assinando acima (se o Requerente for casado, seu cônjuge também deverá estar presente).

Estado de _____ Condado de _____

Aos _____ dias de _____ de 20____ perante mim, _____ Nome do tabelião

compareceu pessoalmente _____ e _____ Nome do requerente Nome do cônjuge

por mim conhecidos (ou comprovados com base em evidências satisfatórias) como sendo a(s) pessoa(s) descrita(s) e que executou(aram) a declaração anterior, e eles reconhecem devidamente que executaram a mesma.

SELO

Assinatura do Tabelião de Notas

Meu mandato termina em _____

Seção 7: Designação de beneficiário

DESIGNAÇÃO DE BENEFICIÁRIO (Marque apenas uma caixa)

1. **Cônjugue Beneficiário principal:** Gostaria que meu cônjuge recebesse todo o saldo da minha conta quando eu falecer.

Nome do cônjuge: _____ N° do seguro social do cônjuge _____ Data de nascimento do cônjuge: _____ Endereço: _____

2. **Beneficiários primários não cônjuges ou múltiplos:** Gostaria que a(s) seguinte(s) pessoa(s) recebesse(m) o saldo de minha conta após meu falecimento: (Se a divisão for diferente de partes iguais, escreva as porcentagens.)

| | | |
|-----------------------------|-------------------|-------------------|
| Nome do beneficiário: _____ | Parentesco: _____ | Porcentagem _____ |
| Nome do beneficiário: _____ | Parentesco: _____ | Porcentagem _____ |
| Nome do beneficiário: _____ | Parentesco: _____ | Porcentagem _____ |
| Nome do beneficiário: _____ | Parentesco: _____ | Porcentagem _____ |

Assinatura do membro _____ Data _____

Assinatura do cônjuge _____ Data _____

Assinatura do Tabelião de Notas _____ Data _____

Seção 8: Retenção de imposto de renda

As distribuições do Fundo de Anuidade podem ser tributadas. O valor da tributação depende de como e quando você recebe a distribuição. Suas distribuições são normalmente tributadas como renda ordinária.

Se você optar por um pagamento único ou periódico por um período inferior a 10 anos, 20% serão automaticamente retidos para pagamento de imposto de renda federal. Dependendo de onde você mora, o imposto de renda estadual também pode ser aplicado. Você pode optar por ter outros impostos aplicáveis retidos abaixo.

Se você escolher pagamentos periódicos por um período de 10 anos ou mais, uma anuidade conjunta e de sobrevivência, uma anuidade vitalícia ou um reinvestimento direto em um plano de aposentadoria qualificado, nenhum imposto ou penalidade será retido, mas você acabará pagando impostos sobre as distribuições de seu IRA. Você pode optar por ter outros impostos aplicáveis retidos abaixo.

Em muitos casos, uma penalidade de 10% de imposto federal pode ser aplicada se você receber uma distribuição antes de atingir a idade de 59^{1/2}. No entanto, se você tiver 55 anos ou mais e estiver recebendo uma pensão do MLBF, essa penalidade não se aplica.

Optei por ter o imposto de renda federal: retido não retido.

penalidade de 10% de imposto federal retido

____ % ou US\$ _____ de imposto de renda federal retido na fonte

Optei por ter o imposto de renda estadual: retido não retido.

____ % ou US\$ _____ de imposto de renda estadual retido na fonte

Você pode encontrar informações mais detalhadas sobre o tratamento fiscal federal de pagamentos de planos do empregador no [Aviso 2020-62 do IRS](#). Antes de decidir se aposentar ou optar por uma opção de pagamento, consulte um consultor tributário profissional.

O imposto estadual de Massachusetts é calculado em aproximadamente 5%. **Os membros que trabalham em Massachusetts, mas residem em outro estado, ainda podem estar sujeitos ao imposto de renda do estado de Massachusetts.** Os requerentes podem optar por pagar o imposto de renda do estado de Massachusetts no momento da retirada ou ao declarar seu imposto de renda.

Seção 9: Assinatura do membro

Venho, por meio deste, solicitar pagamento(s) nos termos do Plano de Anuidade dos Trabalhadores de Massachusetts e certifico que as informações fornecidas neste formulário são verdadeiras e completas, de acordo com meu conhecimento.

Assinatura do membro (obrigatória)

Data

FUNDO DE ANUIDADE DOS TRABALHADORES DE MASSACHUSETTS

Caixa postal 1501, 1400 District Avenue, Suite 200, Burlington, Massachusetts 01803

Telefone 781-272-1000, ramal 150 ou 800-342-3792, Fax: 781-272-2226

Formulário de autorização de depósito direto

| Seção 1: Dados pessoais | | | |
|---|------------------------------------|-------------|----------|
| Número do seguro social do membro | Número de telefone do membro | | |
| Número do seguro social do beneficiário (se o depósito for para o beneficiário) | Número de telefone do beneficiário | | |
| Nome | | | |
| Endereço residencial | City | Estado | Zip Code |
| Seção 2: Informações bancárias | | | |
| Nome do banco | | | |
| Endereço do banco | City | Estado | Zip Code |
| Número de telefone do banco (e ramal) | | | |
| Tipo de conta: <input type="checkbox"/> Poupança <input type="checkbox"/> Corrente (anexe um cheque anulado ao seu formulário) | | | |
| O número de roteamento de seu banco | | | |
| O número de sua conta | | | |
| Seção 3: Autorização | | | |
| Por meio deste instrumento, autorizo o Fundo de Anuidade dos Trabalhadores de Massachusetts, doravante denominado "Fundo", a iniciar lançamentos de crédito de depósito direto em minha conta no banco mencionado acima, doravante denominado "Banco", e a creditar a mesma conta. | | | |
| Assinatura: _____ | | Data: _____ | |
| Observação: O primeiro cheque é enviado diretamente ao membro; depois disso, os pagamentos são depositados diretamente em sua conta. Se precisar de ajuda para preencher este formulário, entre em contato com o seu banco e solicite as informações ou peça que ele preencha e envie o formulário por fax para o escritório da MLBF pelo telefone 781-272-2226. | | | |
| Esta autorização deverá permanecer em pleno vigor e efeito até que o "Fundo" receba uma notificação POR ESCRITO de rescisão do membro. A notificação deverá ser feita em tempo hábil e de forma a dar ao "Fundo" e ao "Banco" uma oportunidade razoável de agir. Além disso, a alteração de uma conta bancária pode levar até dois meses para permitir o teste da conta antes da transferência de fundos. | | | |

FUNDO DE ANUIDADE DOS TRABALHADORES DE MASSACHUSETTS

Formulário de eleição de reinvestimento

Preencha este formulário se tiver optado por um reinvestimento total ou parcial e devolva-o com sua solicitação.

Opcional para qualquer participante com um saldo de US\$ 200 ou mais.

Seção 1: Opções de pagamento de reinvestimento

Opto por ter o VALOR INTEGRAL DO MEU PAGAMENTO pago em um reinvestimento direto em uma Conta de Aposentadoria Individual (IRA) ou outro plano de aposentadoria qualificado que aceite reinvestimentos. O IRA ou outro plano de aposentadoria está indicado abaixo.

Você pode optar por ter apenas parte do pagamento diretamente transferido e o restante pago a você. Uma retenção de 20% do imposto de renda federal será retirada de qualquer pagamento parcial que não seja diretamente transferido.

Opto por ter APENAS PARTE DO MEU PAGAMENTO paga em um reinvestimento direto. Favor reinvestir (pelo menos US\$ 200) US\$ para o IRA ou plano de aposentadoria qualificado indicado abaixo e:

- Manter o valor restante em minha conta de anuidade QR
- Pagar o restante do meu benefício para mim, depois de reter 20% para impostos federais, conforme exigido por lei.

Se tiver alguma dúvida ou não entender as disposições das leis tributárias federais ou estaduais, entre em contato com um profissional da área tributária para obter orientação.

Seção 2: Informações sobre a instituição de reinvestimento

Nome do IRA ou do plano de aposentadoria que receberá o reinvestimento direto

Número da conta do IRA ou do plano de aposentadoria

Enviar cheque por correio para: (Em letra de forma)

Endereço residencial _____

City _____ Estado _____ Zip Code _____

Seção 3: Certificação

Certifico que o destinatário do reinvestimento direto que indiquei acima é uma Conta de Aposentadoria Individual (IRA), uma Anuidade de Aposentadoria Individual ou um plano de aposentadoria qualificado que aceita reinvestimentos. Entendo que o pagamento de meus benefícios ao agente fiduciário do IRA ou do plano de aposentadoria qualificado isentará os agentes fiduciários do Fundo de Anuidade dos Trabalhadores de Massachusetts de quaisquer outras obrigações ou responsabilidades com relação aos benefícios assim pagos.

Assinatura _____ Data _____

Nome Impresso _____

Número do Seguro Social _____

FUNDO DE ANUIDADE DOS TRABALHADORES DE MASSACHUSETTS

Caixa postal 1501, 1400 District Avenue, Suite 200, Burlington, Massachusetts 01803

Telefone 781-272-1000, ramal 150 ou 800-342-3792, Fax: 781-272-2226

Formulário de rejeição de reinvestimento

Preencha e devolva este formulário se você optar por NÃO ter uma distribuição de reinvestimento elegível transferida diretamente para uma Conta de Aposentadoria Individual (IRA) ou outro plano de aposentadoria. O Plano é obrigado a reter 20% do pagamento para fins de imposto de renda federal. Além disso, o Plano é obrigado a reter impostos de renda estaduais. Essa retenção não aumenta seus impostos, mas será creditada contra qualquer imposto de renda que você possa dever.

Você pode encontrar informações mais detalhadas sobre o tratamento fiscal federal de pagamentos de planos do empregador no [Aviso 2020-62 do IRS](#). Antes de decidir se aposentar ou optar por uma opção de pagamento, consulte um consultor tributário profissional.

Opto por ter o VALOR TOTAL DO MEU PAGAMENTO pago diretamente a mim, após a retenção de 20% para impostos federais, conforme exigido por lei.

Assinatura _____ Data _____

Nome Impresso _____

Número do Seguro Social _____