

MASSACHUSETTS LABORERS' ANNUITY FUND

Apartado de correos 1501, 1400 District Avenue, Suite 200, Burlington, Massachusetts 01803

Teléfono 781-272-1000, ext. 150 o 800-342-3792, Fax: 781-272-2226

Solicitud de prestaciones

Solicitud de distribución por jubilación, invalidez o baja de 12 meses del empleo asegurado. Si su solicitud ha sido completada y devuelta antes del día 15 del mes y su solicitud ha sido aprobada, su pago se depositará directamente en la institución financiera que haya escogido o se le enviará por correo en forma de cheque el día 1 del mes siguiente, según el modo en que haya elegido recibirla.

Instrucciones			
A. Lea atentamente cada pregunta y responda con exactitud a todas las preguntas aplicables para evitar retrasos en la tramitación de su solicitud. B. Por favor, IMPRIMA toda la información. C. Proporcione todos los documentos solicitados. D. Firme y ponga la fecha en todos los formularios. E. Envíe por correo las solicitudes completas y la documentación adicional a la Oficina del Fondo, a la dirección indicada anteriormente. F. Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con la Oficina del Fondo en el número de teléfono indicado más arriba.			
Sección 1: Datos personales			
Número de Seguridad Social	Nombre (Primer, Segundo, Apellido)		
Domicilio	Ciudad	Estado	Código Postal
Fecha de Nacimiento	Sindicato local	Número de Teléfono [] Fijo [] Celular	
Dirección de correo electrónico personal			
Estado Civil			
Soltero/a []			
Casado/a [] Fecha _____			
Divorciado/a [] Fecha _____ (Presente una copia del acuerdo de separación y de la sentencia del divorcio)			
Viudo/a [] Fecha _____ (Presente una copia del certificado de defunción de su cónyuge)			

Sección 2: Comprobante de edad
Presente una fotocopia de su carné del Seguro Social, permiso de conducir (o documento de identidad estatal) y una fotocopia de uno de los siguientes documentos:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Acta de nacimiento 2. Certificado de bautismo u otro certificado religioso 3. Notificación de registro de nacimiento en un archivo público de estadísticas civiles 4. Registro hospitalario de nacimiento 5. Registro de una iglesia o gobierno extranjero 6. Declaración notarial firmada por el médico o la partera que asistió al nacimiento 7. Registro de naturalización 8. Documentos de inmigración 9. Registro militar 10. Pasaporte 11. Expediente escolar
Sección 3: Tipo de distribución
Marque una de las siguientes opciones:
<input type="checkbox"/> Jubilación <input type="checkbox"/> Discapacidad (proporcione una copia de su carta de reconocimiento de discapacidad del Seguro Social) <input type="checkbox"/> 12 meses de baja del empleo asegurado
Formas de pago
El Fondo le ofrece varias opciones para recibir su prestación, de modo que pueda elegir la que más le convenga a usted y a su familia. El Fondo le ofrece una opción de pago automático en función de si es soltero o está casado. Si está casado, puede elegir la opción de pago que desee con el consentimiento de su cónyuge.
Marque su opción de pago entre las siguientes.
<i>Las opciones 1, 2, 4 y 5 sólo están disponibles si el saldo de su cuenta supera los 7,000 \$.</i>
Opción 1
1. <input type="checkbox"/> Pagos periódicos* (de uno a 15 años) Debe completar la declaración del solicitante y del cónyuge en los apartados 4 y 5, y sus firmas deben estar autenticadas ante notario en el apartado 6.
Puede optar por recibir ingresos mensuales en pagos aproximadamente iguales durante un periodo de tiempo determinado, de uno a 15 años. Indique el número de mensualidades que desea recibir (mínimo 12 meses):*_____.
Si fallece antes de recibir el número especificado de pagos mensuales, su beneficiario recibirá los pagos restantes.
<i>*Su saldo restante sigue afectado por los rendimientos de las inversiones y las comisiones administrativas. Si se reincorpora al trabajo antes de recibir todos los pagos previstos, deberá notificarlo inmediatamente a la Oficina del Fondo.</i>

Opción 2
2. <input type="checkbox"/> Combinación de pago único/pago periódico* <i>Debe completar la declaración del solicitante y del cónyuge en las secciones 4 y 5 y sus firmas deben estar certificadas ante notario en la sección 6. Complete el formulario de elección de transferencia y el formulario de rechazo de transferencia (incluidos con su solicitud).</i>
Esta opción combina las opciones de pago único y de pagos periódicos. Puede recibir una parte del saldo de su cuenta y el saldo restante se le abonará en cuotas mensuales aproximadamente iguales (no superiores a 15 años). Indique el importe (antes de impuestos) que desea recibir:
Indique el número de mensualidades que desea recibir (mínimo 12 meses)*: _____
<i>*Su saldo restante sigue afectado por los rendimientos de las inversiones y las comisiones administrativas. Si se reincorpora al trabajo antes de recibir todos los pagos previstos, deberá notificarlo inmediatamente a la Oficina del Fondo.</i>
Opción 3
3. <input type="checkbox"/> Pago único
<i>Debe completar la declaración del solicitante y del cónyuge en las secciones 4 y 5 y sus firmas deben estar certificadas ante notario en la sección 6. Complete el formulario de elección de transferencia y el formulario de rechazo de transferencia (incluidos con su solicitud).</i>
<input type="checkbox"/> Pago único parcial: Indique el importe (antes de impuestos) que desea recibir: _____
<input type="checkbox"/> Pago único completo: Deseo recibir el saldo total de mi cuenta.
Opción 4
4. <input type="checkbox"/> Pensión vitalicia <i>Debe completar la declaración del solicitante y del cónyuge en las secciones 4 y 5 y sus firmas deben estar certificadas ante notario en la sección 6</i>
Esta opción le ofrece pagos mensuales únicamente a usted durante el resto de su vida. No se efectuarán pagos a su cónyuge o beneficiario tras su fallecimiento. Si opta por una pensión vitalicia, ésta se le proporcionará mediante la compra de un contrato de pensión vitalicia a una compañía de seguros. El contrato de la pensión se firma entre usted y la compañía de seguros, y una compañía de seguros externa se encargará de administrar los pagos a cambio de una cuota. Una vez que empiece a recibir su pensión no podrá cambiar de opción de pago.
Opción 5
5. Pensión vitalicia conjunta y de supervivencia* Esta modalidad de pago le abona una prestación mensual vitalicia y paga una pensión mensual vitalicia a su cónyuge en caso de fallecimiento.
<input type="checkbox"/> Pensión vitalicia conjunta y de supervivencia del 50%: Si su cónyuge le sobrevive, percibirá una renta mensual vitalicia del 50% del importe que usted percibía, a partir de su fallecimiento.
<input type="checkbox"/> Pensión vitalicia conjunta y de supervivencia del 75%: Si su cónyuge le sobrevive, percibirá una renta mensual vitalicia del 75% del importe que usted percibía, a partir de su fallecimiento.
<input type="checkbox"/> Pensión vitalicia conjunta y de supervivencia del 100%: Si su cónyuge le sobrevive, percibirá una renta mensual vitalicia del 100% del importe que usted percibía, a partir de su fallecimiento.
Si opta por una pensión vitalicia conjunta y de supervivencia, se le proporcionará mediante la compra de un contrato de pensión vitalicia a una compañía de seguros. El contrato de la pensión se firma entre usted y la compañía de seguros, y una compañía de seguros externa se encargará de administrar los pagos a cambio de una cuota. Una vez que empiece a recibir su pensión no podrá cambiar de opción de pago.
<i>* Podrá optar a las opciones de pensión vitalicia conjunta y de supervivencia si usted y su cónyuge han estado casados durante un año antes de la fecha de inicio de su pensión.</i>

Información importante sobre su pensión del Fondo de prestaciones

Notificación del derecho a diferir la distribución de la pensión. Aunque haya solicitado una distribución del saldo de su cuenta del Fondo de Pensiones, la ley exige que le informemos de su derecho a aplazar la distribución hasta una fecha posterior y de las consecuencias que puede tener si decide efectuar la distribución ahora en lugar de diferirla para una fecha posterior.

Las distribuciones del Fondo de pensiones pueden estar sujetas a impuestos. La cantidad de impuestos dependerá de cómo y cuándo efectúe la distribución.

Puede encontrar información más detallada sobre el trato fiscal federal de los pagos procedentes de planes de empresa en el [Aviso 2020-62 del IRS](#). Antes de decidir jubilarse o elegir una opción de pago, puede consultar con un asesor fiscal profesional.

Derecho de diferir. No existe una fecha límite para solicitar la prestación; sin embargo, la legislación fiscal federal le obliga a empezar a realizar distribuciones mínimas a partir de los 70 años (la edad exacta depende de cuándo nació). Visite [IRS.gov](#) para consultar la normativa vigente.

Consecuencias de no diferir su distribución. Si decide mantener su saldo invertido en el Fondo de pensiones, el Consejo de administración seguirá invirtiendo el dinero de su cuenta, y su saldo seguirá viéndose afectado por las ganancias de las inversiones y las comisiones administrativas.

Sección 4: Declaración del solicitante	
<p>La declaración del solicitante debe estar completa independientemente de su estado civil, y debe estar firmada ante notario (véase el apartado 6).</p> <p><input type="checkbox"/> Juro que no estoy legalmente casado/a en este momento.</p> <p><input type="checkbox"/> Juro que no puedo localizar a mi cónyuge. (Incluya una carta en la que se detallen sus intentos más recientes de localizar a su cónyuge).</p> <p><input type="checkbox"/> Juro que la persona que firma la declaración del cónyuge a continuación es mi cónyuge legal actual. _____ Fecha: _____</p> <p>Firma del solicitante (Miembro)</p>	
Sección 5: Declaración del cónyuge	
<p>Si está casado, se requiere la firma de su cónyuge si selecciona una forma de pago distinta a la pensión conjunta y de superviviente (de conformidad con la Ley de Equidad en la Jubilación de 1984).</p> <p>Doy mi consentimiento para que mi cónyuge solicite el pago del Fondo en una forma distinta a la pensión conjunta de superviviente. Entiendo que renuncio a mi derecho a la prestación de cónyuge superviviente en virtud de la pensión conjunta y de superviviente del Fondo, como se describe en la sección Opciones de pago, Opción 2.</p> <p>Nombre del cónyuge _____ Número del Seguro Social del cónyuge _____ <input type="checkbox"/> Fecha de matrimonio: _____ <input type="checkbox"/> Date: _____</p> <p>Firma del cónyuge _____</p> <p>Debe firmarse ante notario.</p>	
Sección 6: Reconocimiento notarial	
<p>RECONOCIMIENTO NOTARIAL: Indique el nombre de todas las personas que firman arriba (si el Solicitante está casado, su cónyuge también debe estar presente).</p> <p>Estado _____ País _____</p> <p>En el día _____ del mes de _____, 20____ ante mí, _____</p> <p>Nombre del Notario _____</p> <p>Comparecieron personalmente _____ y _____</p> <p>Nombre del solicitante _____ Nombre del cónyuge _____</p> <p>me consta (o me ha sido demostrado mediante pruebas satisfactorias) que son la(s) persona(s) descrita(s) en la declaración precedente y reconocen ante mí que las han identificado debidamente.</p> <p>SELLO</p> <p>Firma del notario público _____</p> <p>Mi mandato expira en _____</p>	

Sección 7: Designación del beneficiario

DESIGNACIÓN DEL BENEFICIARIO (Marque sólo una casilla)

[] 1. **Cónyuge beneficiario principal:** Deseo que mi cónyuge reciba la totalidad del saldo de mi cuenta cuando fallezca.

Nombre del cónyuge _____ Número del Seguro Social del Cónyuge _____
Fecha de Nacimiento del Cónyuge: _____ Dirección: _____

[] **Beneficiarios principales que no sean el cónyuge o múltiples beneficiarios:** Deseo que la(s) siguiente(s) persona(s) reciba(n) el saldo de mi cuenta a mi fallecimiento: (Si la división no es a partes iguales, escriba los porcentajes).

Nombre del beneficiario: _____ Relación: _____ Porcentaje _____
Nombre del beneficiario: _____ Relación: _____ Porcentaje _____
Nombre del beneficiario: _____ Relación: _____ Porcentaje _____
Nombre del beneficiario: _____ Relación: _____ Porcentaje _____

Firma del miembro _____ Fecha _____

Firma del cónyuge _____ Fecha _____

Firma del notario público _____ Fecha _____

Sección 8: Retenciones de impuestos sobre los ingresos

Las distribuciones del Fondo de Pensiones pueden estar sujetas a impuestos. La cantidad de impuestos dependerá de cómo y cuándo reciba la pensión. Las pensiones suelen tributar como ingresos ordinarios.

Si elige un pago único o un pago periódico durante un periodo inferior a 10 años, se retendrá automáticamente el 20% para pagar el impuesto federal sobre los ingresos. Dependiendo de su lugar de residencia, es posible que también se apliquen impuestos estatales sobre los ingresos. A continuación, puede optar por que se le retengan otros impuestos aplicables.

Si elige pagos periódicos durante un periodo de 10 años o más, una pensión conjunta y de superviviente, una pensión vitalicia o una transferencia directa a un plan de jubilación elegible, no se retendrán impuestos ni penalizaciones, pero acabará pagando impuestos sobre las distribuciones de su cuenta IRA. A continuación, puede optar por que se le retengan otros impuestos aplicables.

En muchos casos, puede aplicarse una penalización fiscal federal del 10% si realiza una distribución antes de cumplir los 59 años y medio. Sin embargo, si tiene 55 años o más y está cobrando una pensión de la MLBF, no se le aplicará esta penalización.

Elijo que el impuesto federal sobre los ingresos sea: [] retenido [] no retenido

[] 10% de penalización por impuesto federal retenido

[] _____ % o \$ _____ impuesto federal sobre los ingresos retenido

Elijo que el impuesto estatal sobre los ingresos sea: [] retenido [] no retenido.

[] _____ % o \$ _____ impuesto estatal sobre los ingresos retenido

Puede encontrar información más detallada sobre el trato fiscal federal de los pagos procedentes de planes de empresa en el [Aviso 2020-62 del IRS](#). Antes de decidir jubilarse o elegir una opción de pago, puede consultar con un asesor fiscal profesional.

El impuesto estatal de Massachusetts se calcula aproximadamente en un 5%. **Los miembros que trabajan en Massachusetts, pero residen en otro estado pueden seguir siendo sujetos al impuesto sobre los ingresos del estado de Massachusetts.** Los solicitantes pueden optar por pagar el impuesto sobre los ingresos del estado de Massachusetts en el momento de la retirada o al presentar la declaración de ingresos.

Sección 9: Firma del miembro

Por la presente solicito pago(s) conforme a los términos del Fondo de Pensiones de los Trabajadores de Massachusetts (Massachusetts Laborers' Annuity Plan) y certifico que la información proporcionada en este formulario es verdadera y completa a mi saber.

Firma del miembro (obligatoria)

Fecha

MASSACHUSETTS LABORERS' ANNUITY FUND

Apartado de correos 1501, 1400 District Avenue, Suite 200, Burlington, Massachusetts 01803

Teléfono 781-272-1000, ext. 150 o 800-342-3792, Fax: 781-272-2226

Formulario de autorización de depósito directo

Sección 1: Datos personales			
Número del Seguro Social del miembro	Número de Teléfono del miembro		
Número del Seguro Social del beneficiario (si el depósito es a nombre del beneficiario)	Número de Teléfono del beneficiario		
Nombre			
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Sección 2: Información bancaria			
Nombre del Banco			
Domicilio del Banco	Ciudad	Estado	Código Postal
Número de Teléfono del banco (y su extensión)			
Tipo de cuenta: <input type="checkbox"/> Ahorros		<input type="checkbox"/> Cheques (adjunte un cheque nulo a su formulario)	
Número de transferencia bancaria			
Número de cuenta			
Sección 3: Autorización			
Por la presente autorizo al Fondo de Pensiones de los Trabajadores de Massachusetts (Massachusetts Laborers' Annuity Fund), en lo sucesivo denominado el "Fondo", a iniciar abonos de depósito directo en la cuenta bancaria arriba indicada, en lo sucesivo denominada el "Banco", y a realizar abonos en la misma cuenta.			
Firma: _____ Fecha: _____			
Nota: El primer cheque se envía directamente al miembro; posteriormente, los pagos se ingresan directamente en su cuenta. Si necesita ayuda para cumplimentar este formulario, póngase en contacto con su banco y solicite la información o pídale que completén el formulario y lo envíen por fax a la oficina de la MLBF al 781-272-2226 .			
Esta autorización permanecerá en pleno vigor y efecto hasta que el "Fondo" haya recibido notificación por ESCRITO de la cancelación por parte del miembro. La notificación se hará con la antelación y de la manera que permitan al "Fondo" y al "Banco" una oportunidad razonable para actuar en consecuencia. Además, el cambio de una cuenta bancaria puede tardar hasta dos meses para poder probar la cuenta antes de transferir los fondos.			

MASSACHUSETTS LABORERS' ANNUITY FUND

Formulario de transferencia

Complete este formulario si ha optado por una transferencia total o parcial y devuélvalo junto con su solicitud.

Optional para cualquier participante con un saldo de \$200 o más.

Sección 1: Opciones de pago por transferencia
<p><input type="checkbox"/> Elijo que LA TOTALIDAD DE MI PAGO se abone en una transferencia directa a una cuenta de jubilación individual (IRA) u otro plan de jubilación cualificado que acepte transferencias. La cuenta IRA u otro plan de jubilación se indica a continuación.</p> <p><i>Puede optar por que se le transfiera directamente sólo una parte de la prestación y se le pague el resto. Se retendrá el 20% del impuesto federal sobre los ingresos de cualquier pago parcial que no se transfiera directamente.</i></p> <p><input type="checkbox"/> Elijo que SÓLO UNA PARTE DE MI PAGO se pague mediante transferencia directa. Por favor, transfiera (al menos 200 \$) \$ _____ a la cuenta IRA o al plan de jubilación cualificado que se indica a continuación y:</p> <p><input type="checkbox"/> Mantengan el importe restante en mi cuenta de pensión O</p> <p><input type="checkbox"/> Páguenme el resto de mi prestación a mí, reteniendo el 20% de impuestos federales o estatales según lo exija la ley.</p> <p>Si tiene alguna pregunta o no comprende las disposiciones de las leyes fiscales federales o estatales, póngase en contacto con un profesional fiscal para que le asesore.</p>
Sección 2: Información sobre la institución a la que se hará la transferencia
Nombre de la cuenta IRA o plan de jubilación que recibirá la transferencia directa
Número de cuenta IRA o del plan de jubilación
Envíe el cheque por correo a: (Escriba en letra de molde)
Domicilio _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Sección 3: Certificación
Certifico que el beneficiario de la transferencia directa que he nombrado anteriormente es una cuenta de jubilación individual (IRA), una pensión individual o un plan de jubilación cualificado que acepta transferencias. Entiendo que el pago de mis beneficios al fideicomisario de la IRA o del plan de jubilación cualificado liberará a los Fideicomisarios del Fondo de Pensiones de los Trabajadores de Massachusetts (Massachusetts Laborer's Annuity Fund) de cualquier otra obligación o responsabilidad con respecto a los beneficios así pagados.
Firma _____
Nombre en letra de molde _____
Número del Seguro Social _____

MASSACHUSETTS LABORERS' ANNUITY FUND

Apartado de correos 1501, 1400 District Avenue, Suite 200, Burlington, Massachusetts 01803

Teléfono 781-272-1000, ext. 150 o 800-342-3792, Fax: 781-272-2226

Formulario de rechazo de transferencia

Complete y devuelva este formulario si opta por NO hacer una distribución elegible de transferencia directamente a una cuenta de jubilación individual (IRA) u otro plan de jubilación. El Plan está obligado a retener los impuestos estatales sobre los ingresos. Esta retención no incrementa sus impuestos, sino que se descontará del impuesto sobre los ingresos que pueda adeudar.

Puede encontrar información más detallada sobre el trato fiscal federal de los pagos procedentes de planes de empresa en el [Aviso 2020-62 del IRS](#). Antes de decidir jubilarse o elegir una opción de pago, puede consultar con un asesor fiscal profesional.

Elijo que se me pague directamente EL IMPORTE TOTAL DE MI PAGO, después de retener el 20% de impuestos federales como exige la ley.

Firma _____ Fecha _____

Nombre en letra de molde _____

Número del Seguro Social _____