



MASSACHUSETTS LABORERS' PENSION FUND

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 • pension@mlbf.org

Para: Todas as pessoas que requerem pensão
Assunto: Formulários de Requerimento de Pensão

Responda a TODAS as perguntas do requerimento e de quaisquer outros formulários que possa receber. Os formulários incompletos serão devolvidos ao requerente. Inclua cartas de recusa e/ou atribuição de Invalidez pela Segurança Social, se aplicável. Contacte este centro se tiver quaisquer dúvidas sobre este assunto. As pensões são geralmente pagáveis a partir do primeiro dia do mês de calendário seguinte àquele em que enviou um requerimento completo, enquanto que o tempo de processamento é, em média, de três meses.

Se já requereu previamente uma pensão junto deste fundo, dê essa informação, indicando a data aproximada de envio do requerimento. De igual forma, **se recebeu alguma indemnização laboral, ou Seguro por Invalidez pela Segurança Social**, certifique-se de que inclui uma cópia da carta de atribuição juntamente com o seu requerimento. Será geralmente adicionado ao crédito de pensão, propiciando melhores pensões. Se é divorciado deverá enviar-nos uma cópia de quaisquer acordos de divórcio para confirmar a conformidade com o tribunal, no que respeita aos benefícios, envia a mesma logo que possível.

Se escolher receber a sua pensão sob qualquer forma que não a Pensão de Casal, deve enviar-nos a(s) declaração(ões) constantes da página 5 (item n.º 10) assinadas e autenticadas. Isto é muito importante. Caso contrário, inclua uma fotocópia da certidão de casamento.

AVISO

Alerta de Segurança! Atualmente requeremos três formas de identificação: cartão da Segurança Social, certidão de nascimento e um cartão de identificação com fotografia emitido pelo Estado para o membro e o cônjuge, se for casado(a). Recomenda-se o uso de fotocópias. Pode obter o cartão da Segurança Social junto do seu Gabinete SSA local e a carta de condução ou cartão de identificação emitido pelo Estado no Registo de Veículos Motorizado.

Atualmente emitimos pagamentos de Benefício de Pensão por transferência bancária online para todos os pensionistas; depositaremos o seu cheque de pensão diretamente na conta que solicitar, evitando-se o extravio de cheques no correio. Encontrará em anexo um formulário de transferência bancária online.

Deve avisar o seu balcão sobre a sua data prevista de reforma, dado que poderá afetar as suas anuidades.

Última questão: os regulamentos federais obrigam a que enviemos avisos de divulgação relativamente ao seu direito de adiar a sua pensão. Se pretender fazê-lo, ou se tiver dúvidas em relação a essa carta, contacte-nos.

Departamento de Pensões



MASSACHUSETTS LABORERS' PENSION FUND

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 • pension@mlbf.org

PEDIDO DE REPARTIÇÃO DEVIDO A REFORMA, INVALIDEZ OU FALECIMENTO

INSTRUÇÕES

Preencha TODAS as secções, assine onde indicado e devolva para a morada supracitada com os anexos solicitados. Se é casado(a), e se aplicável, o seu cônjuge terá de assinar a página 5 na presença de um Notário. Se é solteiro, deve assinar a página 5, declarando tal condição na presença de um Notário. Terá de anexar um comprovativo da sua idade e, se aplicável, do seu cônjuge, bem como uma cópia da certidão de casamento e cópias das cartas de condução e cartões de segurança social de ambos.

O *Comprovativo de Idade* pode ser demonstrado através de um dos documentos seguintes: certidão de nascimento, certidão de batismo ou outro registo de igreja certificado, notificação de registo de nascimento num registo público com estatísticas vitais, registo de nascimento no hospital, registo governamental ou de igreja estrangeira, declaração assinada pelo médico ou parteira presente no nascimento, registo de naturalização, documentos de imigração, registo militar, passaporte, registo escolar. Os documentos originais serão devolvidos prontamente, mas é mais seguro enviar fotocópias.

Se tiver quaisquer dúvidas, contacte o Gabinete do Fundo, ligando para um dos números de telefone listados acima. Se não forem preenchidas todas as secções, ou se o formulário não for autenticado, quando aplicável, o seu requerimento não poderá ser processado. Será informado, por escrito, de que o Gabinete do Fundo recebeu o seu pedido. Porém, se não receber tal confirmação no prazo de dez (10) dias úteis, contacte o Gabinete do Fundo. O seu pedido será processado e será informado sobre o seu benefício (geralmente de 3 a 5 meses).

DADOS PESSOAIS DO MEMBRO

Nome _____ Data de Nascimento _____

Morada _____

_____ Sindicato Local: _____

Número da Segurança Social _____ Número de Telefone _____

Nome do Cônjuge _____ Data de Nascimento do Cônjuge _____

N.º da Segurança Social do Cônjuge _____ Data de Casamento _____

Independentemente do país em que reside, é cidadão dos Estados Unidos? Sim _____ Não _____

Se não é cidadão dos Estados Unidos, indique o seu país de cidadania _____

DADOS DE EMPREGO E DO SINDICATO LOCAL

Em que data pretende reformar-se? _____

Se está a trabalhar, em que data irá cessar funções? _____

Se cessou funções como trabalhador, indique a data em que trabalhou pela última vez. _____

Nome e morada da última empresa para a qual trabalhou _____

N.º de Sindicato Local Atual _____

N.º Registo/Filiação _____

Data de inscrição no Sindicato de Trabalhadores _____

N.º Local _____

Se foi membro de outros sindicatos locais de trabalhadores, liste-os abaixo com as datas de inscrição e/ou transferência para os mesmos:

Já trabalhou como trabalhador fora do estado? _____

Se sim, onde e quando _____

DADOS DE SERVIÇO MILITAR

Já serviu nas Forças Armadas dos Estados Unidos? Sim _____ Não _____

Se sim, envie cópias dos seus documentos militares.

Data de serviço Admitido _____ Dispensado ou separado _____

Data em que regressou ao emprego coberto por seguro _____

Nome da entidade patronal para a qual trabalhou imediatamente após o regresso ao emprego coberto por seguro _____

DADOS DE INDEMNIZAÇÃO DO TRABALHADOR

Já alguma vez recebeu alguma indemnização laboral por acidente de trabalho? Sim _____ Não _____

Se sim, faculte a informação seguinte:

Nome do contratante _____

Data do acidente _____

Recebeu indemnização de _____ a _____

Seguradora _____ N.º de ficheiro de indemnização laboral _____

Se incorreu em mais do que um (1) acidente de trabalho pelo qual recebeu pagamentos de benefício de indemnização laboral, faculte a informação solicitada acima para cada acidente adicional num documento em separado. Se tem quaisquer registos da sua indemnização, inclua cópias junto com o seu requerimento. Se não tiver cópias da sua indemnização laboral, procure nos seus ficheiros pois pode ajudar para créditos de pensão adicionais.

BENEFÍCIOS SEMANAIS POR ACIDENTE E DOENÇA

Alguma vez recebeu benefícios semanais por acidente e doença do Fundo de Saúde e Bem-Estar dos Trabalhadores de Massachusetts durante um período de tempo em que não podia trabalhar? Sim _____ Não _____

Se sim, indique as datas em que recebeu tais benefícios, pois poderá receber crédito de pensão adicional.

De _____ Para _____

De _____ Para _____

TIPO DE PENSÃO

Se for elegível, pretendo reformar-me com (selecione o tipo de pensão aplicável):

- | | |
|---|--|
| ☐ Pensão Normal | Atingiu a idade normal de reforma (no momento da reforma) e obteve um mínimo de 5 créditos de pensão. |
| ☐ Reforma Antecipada | Atingiu os 55 anos de idade, mas está abaixo da idade normal de reforma (no momento da reforma) e obteve um mínimo de 5 créditos de pensão. |
| ☐ Pensão de Serviço | Acumulou pelo menos 30 créditos de pensão, independentemente da idade. |
| ☐ Pensão por Invalidez | Acumulou um mínimo de 10 créditos de pensão, e é considerado como estando total e permanentemente incapacitado, de acordo com os termos do documento do Plano. |
| ☐ Pensão Especial | Obteve um mínimo de 250 horas no ano em que fez 65 anos e recebeu um mínimo de 0,25 créditos de pensão aos 65 anos. |

PENSÃO POR INVALIDEZ

Apenas preencha esta secção se está a requerer uma pensão por invalidez. De igual forma, deve requerer benefícios por invalidez junto da Administração da Segurança Social.

Data em que se tornou inválido _____

Mês

Dia

Ano

Indique a natureza da sua invalidez (use mais folhas, se necessário) _____

Requeriu uma Pensão por Invalidez junto da Segurança Social?	Sim _____	Não _____
Se sim, foi-lhe comunicada alguma decisão sobre o seu requerimento?	Sim _____	Não _____
Se sim, o seu requerimento foi aprovado ou recusado:	Aprovado _____	Recusado _____

Se foi aprovado, envie o **Certificado de Atribuição** da Administração da Segurança Social.

Se foi recusado, envie o **Aviso de Recusa** da Administração da Segurança Social.

FORMA DE PAGAMENTOS DA PENSÃO

As descrições das formas de pagamento que se seguem são indicadas neste momento para fins meramente informativos. Estas opções podem ser tomadas antes de receber os seus benefícios de pensão. **Após o início dos pagamentos não pode alterar a sua escolha.** Todos os benefícios de pensão são pagáveis ao membro de modo vitalício.

Garantia de 60 Meses

Se não é casado(a), esta é a forma normal de pagamento. Irá receber um montante mensal de modo vitalício e, se falecer antes de terem sido efetuados 60 pagamentos, o seu beneficiário irá receber o saldo dos primeiros 60 pagamentos mensais no mesmo montante que você estava a receber. Se o seu beneficiário falecer antes de si, ou falecer antes de você receber 60 pagamentos mensais, pode nomear um beneficiário contingente para receber o saldo dos 60 pagamentos mensais. Se falecer após ter recebido 60 pagamentos mensais, os benefícios cessarão e não serão pagos quaisquer outros benefícios ao seu beneficiário.

FORMA DE PAGAMENTOS DA PENSÃO (continuação)

Pensão de Casal 50%

Se for casado(a), esta é a forma automática de pagamento, salvo se você e o seu cônjuge escolherem outra opção. Os benefícios de pensão pagos sob a forma de um Benefício de Casal asseguram que, no caso do seu falecimento, metade do seu benefício mensal continuará a ser pago ao seu cônjuge de modo vitalício. Para crédito de pensão auferido antes de janeiro de 2010, não existe desconto para este benefício, se tiver 1/4 do crédito de pensão a 1 de janeiro de 1988 ou posteriormente. Se se reformar com uma pensão por invalidez e selecionar o Benefício de Casal 50%, isto é um desconto atuarialmente ajustado no seu benefício mensal.

Pensão de Casal 75%

Os benefícios de pensão pagos sob a forma de um Benefício de Casal 75% asseguram que, no caso do seu falecimento, 75% do seu benefício mensal continuará a ser pago ao seu cônjuge de modo vitalício. O montante do benefício de pensão a que normalmente teria direito seria atuarialmente ajustado, utilizando uma fórmula baseada na diferença de idade entre si e o seu cônjuge, considerando que os benefícios podem ser pagos durante um período de tempo superior (isto é, de modo vitalício, tanto para si, como para o seu cônjuge).

Pensão de Casal 100%

Os benefícios de pensão pagos sob a forma de um Benefício de Casal 100% asseguram que, no caso do seu falecimento, 100% do seu benefício mensal continuará a ser pago ao seu cônjuge de modo vitalício. O montante do benefício de pensão a que normalmente teria direito seria atuarialmente ajustado, utilizando uma fórmula baseada na diferença de idade entre si e o seu cônjuge, considerando que os benefícios podem ser pagos durante um período de tempo superior (isto é, de modo vitalício, tanto para si, como para o seu cônjuge).

Opções de 120 Pagamentos Garantidos (não disponível a membros com Pensão por Invalidez)

Tem a opção de retirar um montante reduzido da sua pensão mensal com 120 pagamentos mensais garantidos. Se escolher retirar um montante reduzido por mês, receberá este montante mensal de modo vitalício e, se falecer antes de ter recebido 120 pagamentos, o seu beneficiário receberá o saldo dos 120 pagamentos mensais no mesmo montante que você estava a receber. Se falecer após ter recebido 120 pagamentos mensais, os benefícios cessarão e não serão pagos quaisquer outros benefícios ao seu beneficiário. Se o seu beneficiário falecer antes de si, ou falecer antes de você receber 120 pagamentos mensais, pode nomear dois beneficiários contingentes para receberem o saldo dos pagamentos mensais.

Subsídio de Reajuste em Montante Único Fixo (LSRA)

Poderá receber um pagamento em montante único fixo aquando da reforma, em troca de um desconto no seu benefício mensal. O montante do desconto dependerá da idade que tiver no início dos pagamentos do benefício. O desconto no seu benefício mensal não será superior a 10% e o pagamento em montante único fixo não pode exceder \$5 000. Tenha em conta que os seus pagamentos LSRA podem ser uma "transferência de fundos de pensões elegível". Isto significa que o pagamento pode ser transferido para uma IRA, ou para outro plano de reforma elegível que aceite transferências. Se não transferir o seu LSRA, pode também aplicar-se uma retenção obrigatória de 20% para fins de Imposto Federal sobre o Rendimento, bem como impostos adicionais podem ser aplicáveis ao seu pagamento em montante único fixo. Veja o Aviso de Imposto Especial em anexo e certifique-se de que consulta o seu consultor fiscal.

PENSÃO POR INVALIDEZ

Assinale a(s) caixa(s) junto à(s) opção(ões) que lhe poderão interessar. ***Isto não é a sua escolha final, pois será informado sobre os montantes em dólares relativos às opções que selecionar, antes de o Gabinete do Fundo finalizar o seu requerimento!***

_____ Pensão de Casal 50%	_____ LSRA
_____ Pensão de Casal 75%	_____ Pensão de Casal 50% com LSRA
_____ Pensão de Casal 100%	_____ Pensão de Casal 75% com LSRA
_____ Pensão de Casal 120%	_____ Pensão de Casal 100% com LSRA
	_____ Pensão de Casal 120% com LSRA
_____ Quero transferir o meu LSRA para uma conta poupança reforma individual, ou para outro plano de reforma elegível.	

Envie o meu **LSRA** para a conta mostrada abaixo:

Nome do fiduciário ou depositário _____

Morada _____

Nome do titular de conta _____

N.º de conta _____

DECLARAÇÃO DO REQUERENTE

_____ Declaro, sob compromisso de honra, que neste momento não sou legalmente casado(a).

_____ Declaro, sob compromisso de honra, que não consigo localizar o meu cônjuge (assinalar esta caixa requer um comprovativo adicional)

_____ Declaro, sob compromisso de honra, que a pessoa que está a preencher a Declaração de Cônjuge é o meu cônjuge atual e legal e que estamos casados há pelo menos 12 meses.

Venho pelo presente requerer uma pensão junto do Fundo de Pensões dos Trabalhadores de Massachusetts. As declarações acima são verdadeiras, tanto quanto acredito ou me é dado saber. Compreendo que uma declaração falsa poderá tornar-me não elegível a benefícios de pensão e que os administradores terão o direito de reaver quaisquer pagamentos que me tenham sido efetuados com base numa declaração falsa.

Assinatura do Requerente

Data

DECLARAÇÃO DO CÔNJUGE (não preencher se optou pelo Benefício de Casal - sem LSRA)

Recebi uma cópia do Aviso de Renda Vitalícia Conjunta de Sobrevivente Elegível facultada pelo Plano e compreendo que tenho direito a que o Plano pague os benefícios mensais do meu cônjuge, sob a forma de um Benefício de Casal.

Autorizo pelo seguinte a rejeição, pelo meu cônjuge, do Benefício de Casal e concordo que o meu cônjuge pode receber benefícios mensais sob a forma escolhida neste formulário. Compreendo que nem eu, nem o meu cônjuge, teremos direito a receber quaisquer Benefícios de Casal.

Compreendo que o meu cônjuge poderá nomear outro beneficiário para receber quaisquer benefícios de sobrevivente pagáveis pelo Plano após o falecimento do meu cônjuge e que eu devo concordar com a nomeação. Autorizo a nomeação do beneficiário do meu cônjuge neste formulário

Compreendo que o meu cônjuge não pode escolher outra forma de pagamentos de benefícios, nem nomear um beneficiário diferente, salvo se eu concordar com a alteração.

Assinatura do Requerente

Data

RECONHECIMENTO NOTARIAL

Estado de _____ Condado de _____

No dia _____ de _____, 20____ perante mim compareceu _____

a pessoa que, tanto quanto me é dado saber, é a descrita na presente declaração e que executou a mesma, tendo-me confirmado devidamente que a declaração foi executada como ato e ação de livre vontade, para os fins aí descritos. Em testemunho do que, este documento vai ser por mim assinado:

APOR SELO:

ASSINATURA DO NOTÁRIO

A MINHA COMISSÃO EXPIRA A

*** Obs. para o Notário: Enuncie o nome de todas as partes presentes na assinatura**

NOMEAÇÃO DE BENEFICIÁRIO**(apenas preencha se não vai escolher nenhuma das opções de casal)**

Se não é casado(a), ou se pretende nomear outro beneficiário que não o seu cônjuge, preencha esta secção. O seu cônjuge será automaticamente o seu beneficiário, salvo se ele ou ela autorizar a nomeação abaixo. Obs.: se escolheu um dos Benefícios de Casal, não pode nomear outro beneficiário.

Nome do Beneficiário	Data de Nascimento	N.º da Segurança Social	Parentesco
----------------------	--------------------	-------------------------	------------

Nome do Beneficiário Contingente	Data de Nascimento	N.º da Segurança Social	Parentesco
----------------------------------	--------------------	-------------------------	------------

RETENÇÃO DO IMPOSTO FEDERAL

IMPORTANTE: Para seleccionar a Retenção do Imposto Federal, queira preencher o Formulário de Retenção do Imposto Federal sobre o Rendimento W-4P em anexo. Se tiver dúvidas relativas ao W-4P, pondere recorrer a um consultor fiscal licenciado.

RETENÇÃO DO IMPOSTO NACIONAL

_____ Estou isento da retenção do imposto sobre o rendimento de Massachusetts porque a minha residência legal (domicílio) é noutro lugar, e o rendimento ora pago não resulta nem está ligado a uma ocupação, profissão, atividade comercial ou atividade empresarial realizada em Massachusetts.

_____ **NÃO** quero ter qualquer imposto nacional sobre o rendimento descontado da minha pensão mensal.

_____ **QUERO** que o imposto sobre o rendimento seja descontado da minha pensão mensal nos montantes indicados abaixo.

_____ De acordo com os seguintes montantes em dólares:

\$ _____ Estado

_____ De acordo com as seguintes percentagens:

\$ _____ Estado

Assinatura do Requerente

Data

* Obs.: Para ser considerado válido, o requerimento deve ser assinado e datado. Fundo de Pensões dos Trabalhadores de Massachusetts 6 rev. 06/11



MASSACHUSETTS LABORERS' PENSION FUND

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 • pension@mlbf.org

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 MEMBRO: _____
(Imprima)

N.º da Seg. Social do MEMBRO: _____

ASSINATURA DO MEMBRO: _____
(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



MASSACHUSETTS LABORERS' PENSION FUND

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 • pension@mlbf.org

FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO POR MORTE DE REFORMADOS

Eu, _____ venho pelo presente requerer uma certidão quitada de benefício por morte, em conformidade com as regras, regulamentos e requisitos de elegibilidade do fundo. Montante: \$ _____ Data de nascimento: _____ Data de Reforma: _____

Nome da Empresa:

DE:

PARA:

Nomeio para receber os rendimentos do Benefício por Morte do Reformado,

Beneficiário: _____

N.º da Seg. Soc.: _____

Morada do Beneficiário: _____

Parentesco com o Membro: _____

Assinatura do Membro: _____

Morada

Sindicato Local:

Assinatura da Testemunha: _____

(Outra pessoa que não o beneficiário)



FUNDO DE PENSÃO DOS TRABALHADORES BRAÇAIS DE MASSACHUSETTS

Caixa Postal 1501, 1440 District Avenue, Suite 200

Burlington, Massachusetts 01803

Telefone (781) 272-1000 • Ligação gratuita (800) 342-3792 • Fax (781) 272-2226 • pension@mlbf.org

Certificado Trabalhista de Aposentadoria Tardia

SEÇÃO I

Se você trabalhou em qualquer tipo de emprego após a Idade Normal de Aposentadoria, conforme definição abaixo, preencha as informações a seguir e a tabela no verso deste formulário, e assine abaixo. Por favor, liste todos os empregos em qualquer área (não apenas como trabalhador braçal), incluindo empregos como profissional autônomo.

Se você não trabalhou em nenhum tipo de emprego após a Idade Normal de Aposentadoria, pule para a Seção II.

Para os fins deste Certificado:

Idade Normal de Aposentadoria = 62 anos se o membro acumulou qualquer número de horas antes de 2010.

Idade Normal de Aposentadoria = 65 anos se o membro acumulou todas as horas após 2009.

Ano Trabalh ado	Nome, endereço e número de telefone do empregador	Descrição do trabalho

Se você trabalhou após a Idade Normal de Aposentadoria, por favor, assine abaixo e preencha a tabela no outro lado deste documento.

Por meio deste, eu, _____, afirmo e declaro que listei acima todos os trabalhos que realizei em qualquer tipo de emprego desde que atingi a Idade Normal de Aposentadoria, conforme definição acima, e que preenchi a tabela no verso deste formulário.

Assinatura

Data

4 últimos dígitos do número de
seguridade social

Lista Mensal de Trabalhos Após a Idade Normal de Aposentadoria

Se você trabalhou após a Idade Normal de Aposentadoria (conforme definição no outro lado deste formulário), por favor, liste o número de horas que você trabalhou para cada empregador por ano e mês utilizando o quadro abaixo.

VOCÊ NÃO PRECISA INCLUIR TRABALHOS REALIZADOS PARA EMPREGADORES CONTRIBUINTES.

Ano Trabalh ado	Nome do Empregad or	Horas de Jan.	Horas de Fev.	Horas de Março	Horas de Abril	Horas de Maio	Horas de Junho	Horas de Julho	Horas de Agosto	Horas de Set.	Horas de Out.	Horas de Nov.	Horas de Dez.	Total de Horas Trabalh adas

SEÇÃO II

Se você não trabalhou em nenhum tipo de emprego após a Idade Normal de Aposentadoria, por favor, preencha a declaração a seguir e assine.

Por meio deste, eu, _____, afirmo e declaro que não trabalhei em nenhum tipo de emprego desde que atingi a Idade Normal de Aposentadoria, conforme definição acima.

Assinatura

Data

4 últimos dígitos do número de
seguridade social

**Withholding Certificate
for Periodic Pension or Annuity Payments**
Give Form W-4P to the payer of your pension or annuity payments.

OMB No. 1545-0074

2026

Step 1: Enter Personal Information	(a) First name and middle initial	Last name	(b) Social security number
	Address		
	City or town, state, and ZIP code		
	(c) ☐ Single or Married filing separately ☐ Married filing jointly or Qualifying surviving spouse ☐ Head of household (Check only if you're unmarried and pay more than half the costs of keeping up a home for yourself and a qualifying individual.)		
	Caution: To claim certain credits or deductions on your tax return, you (and/or your spouse if married filing jointly) are required to have a social security number valid for employment. See page 2 for more information.		

TIP: Consider using the estimator at www.irs.gov/W4App to determine the most accurate withholding for the rest of the year if you: are completing this form after the beginning of the year; expect to receive your payments only part of the year; or have changes during the year in your marital status, number of pensions/jobs for you (and/or your spouse if married filing jointly), dependents, other income (not from jobs or pension/annuity payments), deductions, or credits. Have your most recent payment statements/pay stubs from this year available when using the estimator. At the beginning of next year, use the estimator again to recheck your withholding.

Complete Steps 2–4 ONLY if they apply to you; otherwise, skip to Step 5. See pages 2 and 3 for more information on each step, when to use the estimator at www.irs.gov/W4App, and how to elect to have no federal income tax withheld (if permitted).

Step 2: Income From a Job and/or Multiple Pensions/ Annuities (Including a Spouse's Job/Pension/ Annuity)	Complete this step if you (1) have income from a job or more than one pension/annuity, or (2) are married filing jointly and your spouse receives income from a job or a pension/annuity. See page 2 for examples on how to complete Step 2. Do only one of the following. (a) Use the estimator at www.irs.gov/W4App for the most accurate withholding for this step (and Steps 3–4). If you or your spouse have self-employment income, use this option; or (b) Complete the items below. (i) If you (and/or your spouse) have one or more jobs, then enter the total taxable annual pay from all jobs, plus any income entered on Form W-4, Step 4(a), for the jobs, minus the deductions entered on Form W-4, Step 4(b), for the jobs. Otherwise, enter “-0-” . . . \$ _____ (ii) If you (and/or your spouse) have any other pensions/annuities that pay less annually than this pension/annuity, then enter the total annual taxable payments from all lower-paying pensions/annuities. Otherwise, enter “-0-” . . . \$ _____ (iii) Add the amounts from items (i) and (ii) and enter the total here . . . \$ _____ TIP: To be accurate, submit a new Form W-4P for all other pensions/annuities if you haven't updated your withholding since 2021 or this is a new pension/annuity that pays less than the other(s). Submit a new Form W-4 for your job(s) if you have not updated your withholding since 2019.
--	--

Complete Steps 3–4(b) on this form only if (b)(i) is blank **and** this pension/annuity pays the most annually. Otherwise, do not complete Steps 3–4(b) on this form.

Step 3: Claim Dependent and Other Credits	If your total income will be \$200,000 or less (\$400,000 or less if married filing jointly): (a) Multiply the number of qualifying children under age 17 by \$2,200 . . . 3(a) \$ _____ (b) Multiply the number of other dependents by \$500 . . . 3(b) \$ _____ (c) Add other credits, such as foreign tax credit and education tax credits. Enter the total here . . . 3(c) \$ _____ Add the amounts from Steps 3(a), 3(b), and 3(c). Enter the total here . . . 3 \$ _____
Step 4: Other Adjustments	(a) Other income (not from jobs or pension/annuity payments). If you want tax withheld on other income you expect this year that won't have withholding, enter the amount of other income here. This may include interest, taxable social security, and dividends . . . 4(a) \$ _____ (b) Deductions. Use the Deductions Worksheet on page 4 to determine the amount of deductions you may claim, which will reduce your withholding. (If you skip this line, your withholding will be based on the standard deduction.) Enter the result here . . . 4(b) \$ _____ (c) Extra withholding. Enter any additional tax you want withheld from each payment . . . 4(c) \$ _____
No withholding	I request that no withholding be withheld from my payments. See <i>Choosing not to have income tax withheld</i> on page 2 . . . ☐

Step 5: Sign Here	Your signature (This form is not valid unless you sign it.) _____ Date _____
----------------------------------	--

General Instructions

Section references are to the Internal Revenue Code unless otherwise noted.

Future developments. For the latest information about any future developments related to Form W-4P, such as legislation enacted after it was published, go to www.irs.gov/FormW4P.

Purpose of form. Complete Form W-4P to have payers withhold the correct amount of federal income tax from your periodic pension, annuity (including commercial annuities), profit-sharing and stock bonus plan, or IRA payments. Federal income tax withholding applies to the taxable part of these payments. Periodic payments are made in installments at regular intervals (for example, annually, quarterly, or monthly) over a period of more than 1 year. Don't use Form W-4P for a nonperiodic payment (note that distributions from an IRA that are payable on demand are treated as nonperiodic payments) or an eligible rollover distribution (including a lump-sum pension payment). Instead, use Form W-4R, Withholding Certificate for Nonperiodic Payments and Eligible Rollover Distributions, for these payments/distributions. For more information on withholding, see Pub. 505, Tax Withholding and Estimated Tax.

Choosing not to have income tax withheld. You can choose not to have federal income tax withheld from your payments by checking the box in the *No withholding* section. Then, complete Steps 1(a), 1(b), and 5. Generally, if you are a U.S. citizen or a resident alien, you are not permitted to elect not to have federal income tax withheld on payments to be delivered outside the United States and its territories.

Caution: If you have too little tax withheld, you will generally owe tax when you file your tax return and may owe a penalty unless you make timely payments of estimated tax. If too much tax is withheld, you will generally be due a refund when you file your tax return. If your tax situation changes, or you chose not to have federal income tax withheld and you now want withholding, you should submit a new Form W-4P.

When to use the estimator. Consider using the estimator at www.irs.gov/W4App if you:

1. Are submitting this form after the beginning of the year;
2. Have social security, dividend, capital gain, or business income, or are subject to the Additional Medicare Tax or Net Investment Income Tax;
3. Receive these payments or pension and annuity payments for only part of the year; or
4. Have changes during the year in your marital status, number of pensions/jobs for you (and/or your spouse if married filing jointly), number of dependents, or changes in your deductions or credits.

TIP: Have your most recent payment statements/pay stubs from this year available when using the estimator to account for federal income tax that has already been withheld this year. At the beginning of next year, use the estimator again to recheck your withholding.

Self-employment. Generally, you will owe both income and self-employment taxes on any self-employment income you (or you and your spouse) receive. If you do not have a job and want to pay these taxes through withholding from your payments, use the estimator at www.irs.gov/W4App to figure the amount to have withheld.

Payments to nonresident aliens and foreign estates. Do not use Form W-4P. See Pub. 515, Withholding of Tax on Nonresident Aliens and Foreign Entities, and Pub. 519, U.S. Tax Guide for Aliens, for more information.

Tax relief for victims of terrorist attacks. If your disability payments for injuries incurred as a direct result of a terrorist attack are not taxable, check the box in the *No withholding*

section. See Pub. 3920, Tax Relief for Victims of Terrorist Attacks, for more details.

Specific Instructions

Submit a **separate Form W-4P** for each pension, annuity, or other periodic payments you receive.

Step 1(c). Check your anticipated filing status. This will determine the standard deduction and tax rates used to compute your withholding.

Step 2. Use this step if you have at least one of the following: income from a job, income from more than one pension/annuity, and/or a spouse (if married filing jointly) that receives income from a job/pension/annuity. The following examples will assist you in completing Step 2(b).

Example 1. Taylor, a single filer, is completing Form W-4P for a pension that pays \$50,000 a year. Taylor also has a job that pays \$25,000 a year. Taylor has no other pensions or annuities. Taylor will enter \$25,000 in Step 2(b)(i) and in Step 2(b)(iii).

If Taylor also has \$1,000 of interest income, which she entered on Form W-4, Step 4(a), then she will instead enter \$26,000 in Step 2(b)(i) and in Step 2(b)(iii). She will make no entries in Step 4(a) on this Form W-4P.

Example 2. Casey, a single filer, is completing Form W-4P for a pension that pays \$50,000 a year. Casey does not have a job, but receives another pension for \$25,000 a year (which pays less annually than the \$50,000 pension). Casey will enter \$25,000 in Step 2(b)(ii) and in Step 2(b)(iii).

If Casey also has \$1,000 of interest income, then he will enter \$1,000 in Step 4(a) of this Form W-4P.

Example 3. Sam, a single filer, is completing Form W-4P for a pension that pays \$50,000 a year. Sam does not have a job, but receives another pension for \$75,000 a year (which pays more annually than the \$50,000 pension). Sam will not enter any amounts in Step 2.

If Sam also has \$1,000 of interest income, she won't enter that amount on this Form W-4P because she entered the \$1,000 on the Form W-4P for the higher paying \$75,000 pension.

Example 4. Alex, a single filer, is completing Form W-4P for a pension that pays \$50,000 a year. Alex also has a job that pays \$25,000 a year and another pension that pays \$20,000 a year. Alex will enter \$25,000 in Step 2(b)(i), \$20,000 in Step 2(b)(ii), and \$45,000 in Step 2(b)(iii).

If Alex also has \$1,000 of interest income, which he entered on Form W-4, Step 4(a), he will instead enter \$26,000 in Step 2(b)(i), leave Step 2(b)(ii) unchanged, and enter \$46,000 in Step 2(b)(iii). He will make no entries in Step 4(a) of this Form W-4P.

If you are married filing jointly, the entries described above do not change if your spouse is the one who has the job or the other pension/annuity instead of you.



Multiple sources of pensions/annuities or jobs. If you (or if married filing jointly, you and/or your spouse) have a job(s), do NOT complete Steps 3 through 4(b) on Form W-4P. Instead, complete Steps 3 through 4(b) on the Form W-4 for the job. If you (or if married filing jointly, you and your spouse) do not have a job, complete Steps 3 through 4(b) on Form W-4P for **only** the pension/annuity that pays the most annually. Leave those steps blank for the other pensions/annuities.



Social security number and other requirements for credits and deductions. You (and/or your spouse if married filing jointly) must have the required social security number to claim certain credits and deductions. For additional eligibility requirements for these credits and deductions, see Pub. 501, Dependents, Standard Deduction, and Filing Information.

Specific Instructions *(continued)*

Step 3. This step provides instructions for determining the amount of the child tax credit and the credit for other dependents that you may be able to claim when you file your tax return. To qualify for the child tax credit, the child must be under age 17 as of December 31, must be your dependent who generally lives with you for more than half the year, and must have the required social security number. You may be able to claim a credit for other dependents for whom a child tax credit can't be claimed, such as an older child or a qualifying relative.

For additional eligibility requirements for these credits, see Pub. 501, Dependents, Standard Deduction, and Filing Information. You can also include **other tax credits** for which you are eligible in this step, such as the foreign tax credit and the education tax credits. Including these credits will increase your payments and reduce the amount of any refund you may receive when you file your tax return.

Step 4.

Step 4(a). Enter in this step the total of your other estimated income for the year, if any. You shouldn't include amounts from any job(s) or pension/annuity payments. If you complete Step 4(a), you likely won't have to make estimated tax payments for

that income. If you prefer to pay estimated tax rather than having tax on other income withheld from your pension, see Form 1040-ES, Estimated Tax for Individuals.

Step 4(b). Enter in this step the amount from the Deductions Worksheet, line 17, if you expect to claim deductions other than the basic standard deduction on your 2026 tax return and want to reduce your withholding to account for these deductions. This includes itemized deductions, the additional standard deduction for those 65 and over, and other deductions such as for qualified tips, overtime compensation, and passenger vehicle loan interest; student loan interest; IRAs; and seniors.

Step 4(c). Enter in this step any additional tax you want withheld from **each payment**. Entering an amount here will reduce your payments and will either increase your refund or reduce any amount of tax that you owe when you file your tax return.

Note: If you don't give Form W-4P to your payer, you don't provide an SSN, or the IRS notifies the payer that you gave an incorrect SSN, then the payer will withhold tax from your payments as if your filing status is single with no adjustments in Steps 2 through 4. For payments that began before 2026, your current withholding election (or your default rate) remains in effect unless you submit a new Form W-4P.

Privacy Act and Paperwork Reduction Act Notice. We ask for the information on this form to carry out the Internal Revenue laws of the United States. You are required to provide this information only if you want to (a) request federal income tax withholding from pension or annuity payments based on your filing status and adjustments; (b) request additional federal income tax withholding from your pension or annuity payments; (c) choose not to have federal income tax withheld, when permitted; or (d) change a previous Form W-4P. To do any of the aforementioned, you are required by sections 3405(e) and 6109 and their regulations to provide the information requested on this form. Failure to provide this information may result in inaccurate withholding on your payment(s). Failure to provide a properly completed form will result in your being treated as a single person with no other entries on the form; providing fraudulent information may subject you to penalties.

Routine uses of this information include giving it to the Department of Justice for civil and criminal litigation, and to cities, states, the District of Columbia, and U.S. commonwealths and territories for use in administering their tax laws. We may

also disclose this information to other countries under a tax treaty, to federal and state agencies to enforce federal nontax criminal laws, or to federal law enforcement and intelligence agencies to combat terrorism.

You are not required to provide the information requested on a form that is subject to the Paperwork Reduction Act unless the form displays a valid OMB control number. Books or records relating to a form or its instructions must be retained as long as their contents may become material in the administration of any Internal Revenue law. Generally, tax returns and return information are confidential, as required by section 6103.

The average time and expenses required to complete and file this form will vary depending on individual circumstances. For estimated averages, see the instructions for your income tax return.

If you have suggestions for making this form simpler, we would be happy to hear from you. See the instructions for your income tax return.

Step 4(b)—Deductions Worksheet (Keep for your records.)

See the Instructions for Schedule 1-A (Form 1040) for more information about whether you qualify for the deductions on lines 1a, 1b, 1c, 3a, and 3b.

1	Deductions for qualified tips, overtime compensation, and passenger vehicle loan interest.	
a	Qualified tips. If your total income is less than \$150,000 (\$300,000 if married filing jointly), enter an estimate of your qualified tips up to \$25,000	1a \$ _____
b	Qualified overtime compensation. If your total income is less than \$150,000 (\$300,000 if married filing jointly), enter an estimate of your qualified overtime compensation up to \$12,500 (\$25,000 if married filing jointly) of the "and-a-half" portion of time-and-a-half compensation	1b \$ _____
c	Qualified passenger vehicle loan interest. If your total income is less than \$100,000 (\$200,000 if married filing jointly), enter an estimate of your qualified passenger vehicle loan interest up to \$10,000	1c \$ _____
2	Add lines 1a, 1b, and 1c. Enter the result here	2 \$ _____
3	Seniors age 65 or older. If your total income is less than \$75,000 (\$150,000 if married filing jointly):	
a	Enter \$6,000 if you are age 65 or older before the end of the year	3a \$ _____
b	Enter \$6,000 if your spouse is age 65 or older before the end of the year and has a social security number valid for employment	3b \$ _____
4	Add lines 3a and 3b. Enter the result here	4 \$ _____
5	Enter an estimate of your student loan interest, deductible IRA contributions, educator expenses, alimony paid, and certain other adjustments from Schedule 1 (Form 1040), Part II. See Pub. 505 for more information	5 \$ _____
6	Itemized deductions. Enter an estimate of your 2026 itemized deductions from Schedule A (Form 1040). Such deductions may include qualifying:	
a	Medical and dental expenses. Enter expenses in excess of 7.5% (0.075) of your total income	6a \$ _____
b	State and local taxes. If your total income is less than \$505,000 (\$252,500 if married filing separately), enter state and local taxes paid up to \$40,400 (\$20,200 if married filing separately)	6b \$ _____
c	Home mortgage interest. If your mortgage indebtedness is less than \$750,000 (\$375,000 if married filing separately), enter your home mortgage interest expense (including mortgage insurance premiums)	6c \$ _____
d	Gifts to charities. Enter contributions in excess of 0.5% (0.005) of your total income	6d \$ _____
e	Other itemized deductions. Enter the amount for other itemized deductions	6e \$ _____
7	Add lines 6a, 6b, 6c, 6d, and 6e. Enter the result here	7 \$ _____
8	Limitation on itemized deductions.	
a	Enter your total income	8a \$ _____
b	Subtract line 4 from line 8a. If line 4 is greater than line 8a, enter -0- here and on line 10. Skip line 9	8b \$ _____
9	Enter: $\left\{ \begin{array}{l} \bullet \$768,700 \text{ if you're married filing jointly or a qualifying surviving spouse} \\ \bullet \$640,600 \text{ if you're single or head of household} \\ \bullet \$384,350 \text{ if you're married filing separately} \end{array} \right\}$	9 \$ _____
10	If line 9 is greater than line 8b, enter the amount from line 7. Otherwise, multiply line 7 by 94% (0.94) and enter the result here	10 \$ _____
11	Standard deduction.	
Enter:	$\left\{ \begin{array}{l} \bullet \$32,200 \text{ if you're married filing jointly or a qualifying surviving spouse} \\ \bullet \$24,150 \text{ if you're head of household} \\ \bullet \$16,100 \text{ if you're single or married filing separately} \end{array} \right\}$	11 \$ _____
12	Additional standard deduction. If you (or your spouse) are 65 or older.	
Enter:	$\left\{ \begin{array}{l} \bullet \$2,050 \text{ if you're single or head of household} \\ \bullet \$1,650 \text{ if you're married filing separately} \\ \bullet \$1,650 \text{ if you're a qualifying surviving spouse or you're married filing jointly and one of you is under age 65} \\ \bullet \$3,300 \text{ if you're married filing jointly and both of you are age 65 or older} \end{array} \right\}$	12 \$ _____
13	Cash gifts to charities. If you take the standard deduction, enter cash contributions up to \$1,000 (\$2,000 if married filing jointly)	13 \$ _____
14	Add lines 12 and 13. Enter the result here	14 \$ _____
15	Add lines 11 and 14. Enter the result here	15 \$ _____
16	If line 10 is greater than line 15, subtract line 11 from line 10 and enter the result here. If line 15 is greater than line 10, enter the amount from line 14	16 \$ _____
17	Add lines 2, 4, 5, and 16. Enter the result here and in Step 4(b) of Form W-4P	17 \$ _____