

FUNDO DE PENSÃO PARA OS TRABALHADORES DE MASSACHUSETTS

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

PARA: Todos os indivíduos que solicitam a pensão

ASSUNTO: Formulários de solicitação da pensão

Responda a TODAS as perguntas no questionário e quaisquer formulários que receber. Os formulários incompletos serão devolvidos ao solicitante. Inclua cartas de recusa ou concessão do Escritório de Seguridade Social para Incapacitados, se existentes. Entre em contato com este escritório se tiver alguma dúvida. As pensões geralmente são pagas no primeiro dia do mês civil após o envio do formulário de solicitação preenchido, mas o processamento completo leva, em média, três meses.

Informe se você enviou anteriormente uma solicitação de pensão para este fundo de pensão e indique a data aproximada de quando a solicitação foi feita. Além disso, **se você recebeu compensação trabalhista** ou Seguro por Incapacidade da Seguridade Social, lembre-se de anexar uma cópia da carta de concessão à sua solicitação. Isso geralmente inclui um adicional no crédito da pensão, resultando em pagamentos superiores. Se for divorciado, solicitamos uma cópia dos acordos de divórcio a fim de confirmar o cumprimento das ordens do tribunal quanto aos benefícios, então encaminhe a documentação para nós assim que estiver disponível.

Se decidir receber a sua pensão de uma forma diferente da Pensão do marido e da mulher, será necessário assinar e autenticar no tabelião as declarações na página 5 (item 10). Isso é muito importante!

Caso contrário, inclua uma fotocópia da Certidão de Casamento.

AVISO

Alerta de segurança! Solicitamos três formas de identificação: Cartão de Seguridade Social, Certidão de Nascimento e identidade com foto emitida pelo estado, tanto para o associado como para o cônjuge, caso seja casado. Recomendamos enviar fotocópias. Você pode obter um cartão da Seguridade Social junto ao escritório da Seguridade Social (SSA) e uma carteira de motorista ou identidade estadual no Departamento de Veículos Automotores (DMV).

Atualmente, efetuamos o pagamento dos Benefícios da Pensão por meio de transferência eletrônica para todos os pensionistas. Depositaremos o cheque da sua pensão diretamente na conta que indicar para evitar que cheques sejam extraviados pelo correio. Um formulário de transferência eletrônica encontra-se anexo.

Informe o seu sindicato local sobre a data em que pretende se aposentar, pois isso pode afetar a sua mensalidade ou anuidade.

Emissão final: De acordo com as leis federais, somos obrigados a enviar avisos de divulgação sobre o seu direito de postergar a sua pensão. Ligue para nós se quiser receber tais informações ou tiver qualquer dúvida a respeito de tal carta.

Departamento de Pensões

FUNDO DE PENSÃO PARA OS TRABALHADORES DE MASSACHUSETTS

Data em que a solicitação
foi recebida pelo escritório
do Fundo de Pensão

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

PEDIDO DE DISTRIBUIÇÃO POR APOSENTADORIA, INVALIDEZ OU MORTE

Instruções

Preencha TODAS as seções, assine onde for indicado e entregue a documentação com os anexos necessários no endereço indicado acima. Se você for casado, e este for o caso, o seu cônjuge precisará assinar a página 5 na presença de um tabelião. Se você for solteiro, assine a página 5 e faça a declaração na presença de um tabelião. Você precisa anexar uma prova da sua idade e, se for o caso, do seu cônjuge, além de uma cópia da Certidão de Casamento e cópias da carteira de motorista e do cartão de Seguridade Social tanto seus como do seu cônjuge.

prova de idade pode ser demonstrada pelos seguintes documentos: certidão de nascimento, certificado de batismo ou outro registro certificado por uma igreja; documento de registro de nascimento em um registro civil; registro de nascimento em hospital; registro em igreja ou governo estrangeiro; declaração assinada por médico ou parteira presente durante o nascimento; registro de naturalização; documentação imigratória; registro militar; passaporte, ou registro escolar. Os documentos originais serão devolvidos prontamente, mas é mais seguro enviar fotocópias.

Em caso de dúvida, ligue para o escritório do Fundo de Pensão, usando um dos telefones listados acima. Se todas as seções não forem preenchidas, ou se o formulário não for autenticado pelo tabelião, conforme o caso, o seu pedido não poderá ser processado. Você será avisado por escrito quando o seu pedido for recebido pelo escritório do Fundo de Pensão. No entanto, se não receber uma confirmação dentro de 10 (dez) dias úteis, avise o escritório do Fundo de Pensão. O seu pedido será processado e você seria avisado sobre o seu benefício (geralmente entre 3 e 5 meses).

DADOS PESSOAIS DO ASSOCIADO

Nome _____ Data de Nascimento _____

Endereço _____

_____ Sindicato local: _____

Número de Seguridade Social _____ Telefone _____

Nome do cônjuge _____ Data de nascimento do cônjuge _____

Número de Seguridade Social do cônjuge _____ Data de casamento _____

Independente do país de residência, você é cidadão norte-americano? _____ Sim _____ Não

Se não for cidadão norte-americano, indique o país de cidadania _____

DADOS DO EMPREGO E DO SINDICATO LOCAL

Em que data pretende se aposentar? _____

Se estiver empregado, em que data deixará de trabalhar? _____

Se já deixou de trabalhar, qual foi a data em que trabalhou pela última vez? _____

Nome e endereço da última empresa para a qual trabalhou _____

N.º do sindicato local atual _____ N.º do livro/associado _____

Data de iniciação original no sindicato dos trabalhadores _____ N.º local _____

Se for membro de outros sindicatos locais de trabalhadores, faça uma lista abaixo com as datas em que foi iniciado e/ou transferido como associado: _____

Você já trabalhou fora do estado? _____ Se "Sim", onde e quando? _____

DADOS DO SERVIÇO MILITAR

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

Se a resposta for "Sim", envie cópias dos seus documentos militares.

Data em que serviu Entrada _____ Baixa ou dispensa _____

Data em que retornou ao emprego com cobertura _____

Nome do empregador para quem trabalhou assim que voltou a ter emprego com cobertura _____

DADOS DE COMPENSAÇÃO TRABALHISTA

Você já recebeu compensação trabalhista por algum acidente de trabalho? Sim _____ Não _____

Se a resposta for "Sim", indique as seguintes informações:

Nome do contratante _____ Data do acidente de trabalho _____

Compensação recebida de _____ a _____

Compensação trabalhista _____ da companhia de seguros — Arquivo N.º _____

Se você esteve envolvido em mais de 1 (um) acidente de trabalho para os quais recebeu benefício pela compensação trabalhista, forneça as informações solicitadas acima em um papel separado para cada acidente de trabalho. Se tiver algum registro da sua compensação, inclua cópias na sua solicitação. Se não tiver provas da sua compensação trabalhista, procure algum registro nos seus arquivos porque isso vai ajudá-lo com créditos adicionais na sua pensão.

BENEFÍCIOS SEMANAIS POR ACIDENTE E/OU DOENÇA

Você alguma vez recebeu benefícios semanais por acidente e/ou doença provenientes do Fundo de Saúde e Bem-Estar dos Trabalhadores de Massachusetts durante o período em que esteve afastado do trabalho? _____ Sim _____ Não

Se a resposta for "sim", indique as datas em que recebeu tais benefícios, pois poderá receber créditos adicionais na sua pensão.

De _____ a _____

De _____ a _____

TIPO DE PENSÃO

Se eu me qualificar, quero me aposentar e receber (marque o tipo apropriado):

<input type="checkbox"/> pensão regular	Recebida a partir dos 62 nos, com pelo menos 15 créditos de pensão. (Obs.: Se não obteve pelo menos 1/4 de crédito em 1986 ou depois, a sua idade regular para se aposentar é 65.)
<input type="checkbox"/> aposentadoria antecipada	Recebida aos 55 anos, com menos de 62 anos, com pelo menos 15 créditos de pensão.
<input type="checkbox"/> pensão por tempo de serviço	Com pelo menos 30 créditos de pensão, independentemente da idade.
<input type="checkbox"/> pensão por invalidez	Com um mínimo de 10 créditos de pensão acumulados, com pelo menos 1/4 de crédito depois de 01/01/1983, ou 15 créditos de pensão antes de 01/01/1983, sendo considerado total e permanentemente inválido, de acordo com os termos do documento do Plano.
<input type="checkbox"/> pensão mínima especial	(A) Com 55 anos e de 5 a 15 créditos de pensão, tendo completado pelo menos 1 hora de serviço depois de 31/12/1997 na qualidade de participante, ou (B) de 10 a 15 créditos de pensão, sendo um deles acumulados depois de 01/01/1972.
<input type="checkbox"/> pensão especial outorgada	(A) Recebida aos 62 anos, idade regular de aposentadoria, tendo completado no mínimo 10 anos de serviços outorgados, ou (B) recebida aos 62 anos, idade regular de aposentadoria, acumulando 5 anos de serviços outorgados e pelo menos uma hora de serviço após 31/12/1988, em caso de funcionário sem acordo sindical, ou pelo menos uma hora de serviço após 31/12/1997, em caso de funcionários com acordo sindical.

PENSÃO POR INVALIDEZ

Preencha esta seção somente se estiver solicitando pensão por invalidez. Além disso, você também precisa solicitar benefícios por invalidez junto à Administração da Seguridade Social (SSA).

Data em que tornou-se inválido _____

Mês

Dia

Ano

Indique a natureza da sua invalidez (use páginas adicionais, se necessário) _____

Você já solicitou uma pensão por invalidez junto à Administração de Seguridade Social? Sim _____ Não _____

Se a resposta for "Sim", recebeu uma posição sobre a sua solicitação? Sim _____ Não _____

Se a resposta for "sim", a sua solicitação foi aprovada ou negada? Aprovada _____ Negada _____

Se foi aprovada, envie o **Certificado de Concessão** emitido pela Administração de Seguridade Social.

Se foi negada, envie o **Aviso de Negação** emitido pela Administração de Seguridade Social.

FORMA DE PAGAMENTO DA PENSÃO

As descrições das formas de pagamento abaixo são fornecidas por meio desta somente a título de informação. Escolha uma dessas opções antes de receber os benefícios da pensão. **Quando os pagamentos começarem a ser efetuados, você não poderá mais mudar de opção.** Todos os benefícios do associado serão vitalícios.

Garantia de 60 meses

Se você não for casado, esta é a forma tradicional de pagamento. Você receberá uma quantia mensal vitalícia e, caso venha a falecer antes de 60 pagamentos serem efetuados, o seu beneficiário receberá o saldo restante desses 60 pagamentos mensais, de acordo com a mesma mensalidade que você vinha recebendo. Se o seu beneficiário vier a falecer primeiro ou antes de você receber 60 pagamentos mensais, você poderá indicar um beneficiário alternativo para receber o saldo restante desses 60 pagamentos mensais. Se você vier a falecer depois de receber 60 pagamentos mensais, os benefícios deixarão de ser pagos e nenhum benefício será devido ao seu beneficiário.

FORMA DE PAGAMENTO DA PENSÃO (continuação)

Pensão 50% do marido e da mulher

Se você for casado, está é a forma automática de pagamento, a menos que você e o seu cônjuge selecionem outro método. Os benefícios da pensão pagos na forma de Benefício do marido e da mulher indicam que, caso você venha a falecer, metade dos seus benefícios mensais continuarão a ser pagos ao seu cônjuge durante o resto da vida do cônjuge. Para crédito de pensão concedido antes de 01/01/2010, não haverá redução desse benefício se você tiver recebido 1/4 do crédito da pensão em 01/01/1988 ou depois. Se você se aposentar com pensão por invalidez e selecionar Benefícios 50% do marido e da mulher, haverá um ajuste atuarial no benefício mensal.

Pensão 75% do marido e da mulher

Os benefícios da pensão pagos na forma de Benefício de 75% do marido e da mulher indicam que, caso você venha a falecer, 75% dos seus benefícios mensais continuarão a ser pagos ao seu cônjuge durante o resto da vida do cônjuge. A quantia do benefício da pensão à qual você nominalmente teria direito terá um ajuste atuarial, de acordo com uma fórmula baseada na diferença de idade entre você e o cônjuge, considerando o fato de os benefícios poderem ser pagos durante um período mais longo (ex.: pagamentos vitalícios durante a duração da sua vida e do seu cônjuge).

Pensão 100% do marido e da mulher

Os benefícios da pensão pagos na forma de 100% do benefício do marido e da mulher indicam que, caso você venha a falecer, 100% dos seus benefícios mensais continuarão a ser pagos ao seu cônjuge durante o resto da vida do cônjuge. A quantia do benefício da pensão à qual você normalmente teria direito terá um ajuste atuarial, de acordo com uma fórmula baseada na diferença de idade entre você e o cônjuge, considerando o fato de os benefícios poderem ser pagos durante um período mais longo (ex.: pagamentos vitalícios durante a duração da sua vida e do seu cônjuge).

Opção de 120 pagamentos certos (não disponíveis para associados que recebem pensão por invalidez)

Você tem a opção de receber uma quantia reduzida da sua pensão mensal com 120 pagamentos mensais garantidos. Se você decidir receber uma quantia mensal reduzida, receberá tal quantia mensal de maneira vitalícia. Caso venha a falecer antes de 120 pagamentos serem efetuados, o seu beneficiário receberá o saldo restante desses 120 pagamentos mensais, de acordo com a mesma mensalidade que você vinha recebendo. Se você vier a falecer depois de receber 120 pagamentos mensais, os benefícios deixarão de ser pagos e nenhum benefício será devido ao seu beneficiário. Se o seu beneficiário vier a falecer primeiro ou antes de você receber 120 pagamentos mensais, você poderá indicar um beneficiário alternativo para receber o saldo restante desses 120 pagamentos mensais.

Subsídio de Reajuste de Quantia Fixa (LSRA)

Você poderá receber uma quantia fixa ao se aposentar em contrapartida a uma redução no seu benefício mensal. A quantia da redução dependerá da idade que você tinha quando os pagamentos mensais do benefício começaram a ser efetuados. A redução no seu benefício mensal não será superior a 10% e o pagamento da quantia fixa não poderá ser superior a US\$ 5.000. Lembre-se de que os pagamentos do LSRA poderão ser uma "distribuição qualificada de encaminhamento". Isso significa que os pagamentos poderão ser encaminhados para uma conta de IRA ou para outro plano qualificado de aposentadoria que aceita pagamentos encaminhados. Se você não encaminhar o seu LSRA, será obrigatório reter 20% de imposto na fonte e também poderá haver a incidência de impostos adicionais sobre o pagamento da quantia fixa. Consulte o aviso fiscal especial anexo e peça a opinião profissional de um contador.

PENSÃO POR INVALIDEZ

Marque as opções desejadas: ***Esta não é a sua opção final, pois você receberá o montante em dólares de acordo com as opções selecionadas antes de o escritório do Fundo de Pensão concluir o processamento da sua solicitação!***

_____ LSRA	_____ LSRA
_____ Pensão 50% do marido e da mulher	_____ LSRA, Combinação 50% do marido e da mulher
_____ Pensão 75% do marido e da mulher	_____ LSRA, Combinação 75% do marido e da mulher
_____ Pensão 100% do marido e da mulher	_____ LSRA, Combinação 100% do marido e da mulher
_____ Pensão 120% do marido e da mulher	_____ LSRA, Combinação 120% do marido e da mulher
_____ Quero encaminhar o meu LSRA para uma conta individual de aposentadoria ou outro plano de aposentadoria qualificado.	

Encaminhe o meu **LSRA** para a conta indicada abaixo:

Nome do administrador ou do depositário _____ Endereço _____
Nome da conta _____ N.º da conta _____

DECLARAÇÃO DO SOLICITANTE

_____ Juro por meio desta que não sou legalmente casado/a no momento.

_____ Juro por meio desta que não foi possível localizar meu cônjuge (provas adicionais serão necessárias se esta opção for marcada)

_____ Juro por meio desta que sou legalmente casado com a pessoa que está preenchendo a Declaração do Cônjuge e que estamos casados há mais de 12 meses.

Eu, por meio desta, solicito uma pensão junto ao Fundo de Pensão para os Trabalhadores de Massachusetts. As declarações acima são verdadeiras conforme o meu melhor conhecimento. Compreendo que declarações falsas poderão me desqualificar para o recebimento dos benefícios da pensão e que os Fideicomissários terão o direito de recuperar quaisquer pagamentos efetuados em meu nome como resultado das minhas declarações falsas.

Assinatura do solicitante

Data

DECLARAÇÃO DO CÔNJUGE

(não preencha se selecionar Benefícios do marido e da mulher, sem LSRA)

Recebi uma cópia do Aviso de conjunto qualificado e anuidade de sobrevivente, fornecido pelo Plano, e compreendo que tenho o direito de fazer com que o Plano pague meus benefícios mensais de cônjuge na forma de Benefício do marido e da mulher.

Eu, por meio desta, aceito que o meu cônjuge negue os Benefícios do marido e da mulher e concordo que o meu cônjuge receba benefícios mensais da forma selecionada no presente formulário. Compreendo que meu cônjuge e eu não temos o direito de receber os Benefícios do marido e da mulher.

Compreendo que o meu cônjuge poderá designar outro beneficiário para receber os benefícios do sobrevivente a serem pagos pelo Plano se o meu cônjuge falecer e que eu preciso concordar com tal designação. Concordo com a designação do beneficiário do meu cônjuge indicado no presente formulário

Compreendo que o meu cônjuge não poderá selecionar outra forma de pagamento dos benefícios ou indicar um beneficiário diferente, a menos que eu concorde com tais mudanças.

Assinatura do solicitante

Data

AUTENTICAÇÃO DO TABELIÃO

Estado de _____ Distrito de _____
No dia ____ de _____, 20____, estive presente diante de mim _____
cuja identidade verifiquei. Tal indivíduo prestou a declaração acima e confirmo, por meio desta, que o fez de livre e espontânea vontade para os fins indicados na presente. Em testemunho, dou fé:

SELO/CARIMBO:

ASSINATURA DO TABELIÃO

CARGO VÁLIDO ATÉ

* Aviso ao tabelião: Liste o nome de todos os presentes quando da assinatura

DESIGNAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

(preencha somente se não estiver selecionando as opções para marido e mulher)

Se você não for casado ou deseja indicar um beneficiário diferente do seu cônjuge, preencha as seguintes informações. O seu cônjuge será o seu beneficiário automaticamente, a menos que ele/a autorize a designação abaixo. Obs.: Se você selecionar um dos planos de benefício para marido e mulher, não poderá designar outro beneficiário.

Nome do beneficiário	Data de nascimento	N.º de Seguridade Social	Relação
----------------------	--------------------	--------------------------	---------

Nome do beneficiário alternativo	Data de nascimento	N.º de Seguridade Social	Relação
----------------------------------	--------------------	--------------------------	---------

RETENÇÃO DO IMPOSTO NA FONTE

A distribuição ou o saque de dinheiro deste Plano estão sujeitos a retenção federal e estadual do imposto de renda na fonte, a menos que você decida o contrário. Se você não nos avisar, reteremos o imposto de renda na fonte, de acordo com as tabelas fiscais em vigor.

Marque a opção apropriada abaixo: Lembre-se de que, mesmo que escolha não ter o imposto retido na fonte, você é responsável pelo pagamento do seu imposto de renda em relação à parte tributável do seu benefício mensal resultante da pensão. Você também pode estar sujeito a penalidades fiscais, de acordo com as regras de pagamento fiscal estimado se os seus pagamentos ou impostos estimados e a respectiva retenção, quando existentes, não forem adequados.

_____ Sou isento de imposto de renda retido na fonte em Massachusetts porque o meu domicílio oficial é fora do estado e o imposto de renda a ser declarado não é derivado e nem está relacionado a emprego, profissão, comércio ou negócios realizados em Massachusetts.

QUANTIAS DA PENSÃO MENSAL

_____ **NÃO** quero que o imposto federal ou estadual seja retido na fonte e abatido da minha pensão

_____ **SIM**, quero que o imposto federal ou estadual seja retido na fonte e abatido da minha pensão na quantia indicada abaixo.

_____ De acordo com as tabelas fiscais em vigor.

Quantidade de isenções: _____ Federal _____ Estadual
Estado Civil _____ Solteiro _____ Casado _____ Casado, mas com retenção um pouco maior

_____ De acordo com as seguintes quantias em dólares:

\$ _____ Federal \$ _____ Estadual

_____ De acordo com as seguintes porcentagens:

_____ % Federal _____ % Estadual

Assinatura do solicitante

Data

* Obs.: Os formulários precisam ser assinados e datados para validação.

FUNDO DE PENSÃO PARA OS TRABALHADORES DE MASSACHUSETTS

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

FUNDO DE PENSÃO PARA OS TRABALHADORES DE MASSACHUSETTS

Formulário de autorização para depósito direto

Autorizo, por meio desta, que o Fundo de Pensão para os Trabalhadores de Massachusetts (doravante o "Fundo") iniciem o depósito direto de crédito na minha () Conta Corrente () Poupança (*selecione uma opção*) no banco identificado abaixo (doravante o "Banco").

NOME DO BANCO _____ AGÊNCIA _____
CIDADE _____ ESTADO/PROVÍNCIA _____ CÓDIGO POSTAL _____
TELEFONE DO BANCO _____ RAMAL _____
NÚMERO DE ROTEAMENTO _____ NÚMERO DA CONTA _____

Se não souber o número da conta ou de roteamento, ligue para o seu banco e solicite tais informações. Lembre-se de identificar se é conta corrente ou poupança.

A autorização permanecerá vigente até o "Fundo" receber um aviso POR ESCRITO e enviado por mim comunicando o término dos depósitos para que o "Fundo" e o "Banco" tenham tempo suficiente para tomar as respectivas providências.

NOME DO PENSIONISTA/BENEFICIÁRIO: _____
(Em letra de forma)

PENSIONISTA/BENEFICIÁRIO - *Seguridade Social*: _____

PENSIONISTA/BENEFICIÁRIO - ASSINATURA: _____
(Nome) (Data)

TELEFONE DE CASA: _____ N.º LOCAL _____
(Caso tenhamos problemas com o formulário)

Obs.: Todas as autorizações de crédito por escrito precisam indicar que o destinatário poderá revogar tal autorização ao avisar o originador do depósito da maneira especificada na presente autorização.

* PREENCHA ESTE FORMULÁRIO PARA RECEBER OS CHEQUES DA PENSÃO *
OBRIGATÓRIO

FUNDO DE PENSÃO PARA OS TRABALHADORES DE MASSACHUSETTS

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

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE APOSENTADORIA - BENEFÍCIOS EM CASO DE MORTE

Eu, _____, encaminho por meio desta a minha solicitação para receber um certificado pago de benefícios em caso de morte, de acordo com as regras e os regulamentos e os requisitos de qualificação do fundo de pensão.

Quantia: \$ _____ Data de nascimento: _____ Data da aposentadoria: _____

Nome da empresa: _____ DE: _____ ATÉ: _____

Indico o seguinte indivíduo para receber as quantias do benefício de aposentadoria em caso de morte.

Beneficiário: _____ Seguridade Social - N.º: _____

Endereço do beneficiário: _____ Relação com o associado: _____

Assinatura do associado: _____

Endereço _____

Sindicato local: _____ Assinatura da testemunha: _____

(Alguém diferente do beneficiário)