

FUNDO DE PENSÕES DOS 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: 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

FUNDO DE PENSÕES DOS TRABALHADORES DE MASSACHUSETTS

Data de Receção do
Requerimento no
Gabinete do Fundo

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

PEDIDO DE REPARTIÇÃO DEVIDO A REFORMA, INVALIDEZ OU FALECIMENTO

INSTRUÇÕES

Preencha TODAS as secções, assinie 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, quero reformar-me com uma (assinale o tipo apropriado):

- _____ Pensão Normal Quando tiver atingido 62 ou mais anos, com pelo menos 15 créditos de pensão. (Repare que, se não tiver pelo menos 1/4 do crédito em 1986 ou após, a idade normal para a reforma é 65 anos.)
- _____ Reforma Antecipada Quando tiver atingido pelo menos 55 *anos*, mas menos de 62, com pelo menos 15 créditos de pensão.
- _____ Pensão por Serviço Quando tiver acumulado pelo menos 30 créditos de pensão, independentemente da idade.
- _____ Pensão por Invalidez Quando tiver acumulado pelo menos 10 créditos de pensão, com pelo menos 1/4 do crédito após 1/1/83, ou 15 créditos de pensão antes de 1/1/83 e tiver sido considerado total e permanentemente inválido, em conformidade com os termos do documento do Plano.
- _____ Pensão Mínima Especial (A) Quanto tiver atingido os 55 *anos*, com pelo menos 5 , mas menos de 15 créditos de pensão e tiver auferido pelo menos 1 hora de serviço após 31 de dezembro de 1997, enquanto participante; ou (B) quando tiver pelo menos 10 créditos de pensão, mas menos de 15, tendo um dos quais sido acumulado após 1 de janeiro de 1972.
- _____ Pensão Especial Adquirida (A) Quando tiver atingido pelo menos a idade normal da reforma de 62 anos e tiver auferido no mínimo 10 anos de serviço de titularidade; ou (B) quando tiver atingido pelo menos a idade normal da reforma de 62 anos e acumulado 5 anos de serviço de titularidade, com pelo menos uma hora de serviço após 31 de dezembro de 1988 para funcionários não sindicalizados e pelo menos uma hora de serviço após 31 de dezembro de 1997 para funcionários sindicalizados.

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!***

<input type="checkbox"/> Pensão de Casal 50%	<input type="checkbox"/> LSRA
<input type="checkbox"/> Pensão de Casal 75%	<input type="checkbox"/> Pensão de Casal 50% com LSRA
<input type="checkbox"/> Pensão de Casal 100%	<input type="checkbox"/> Pensão de Casal 75% com LSRA
<input type="checkbox"/> Pensão de Casal 120%	<input type="checkbox"/> Pensão de Casal 100% com LSRA
<input type="checkbox"/> Quero transferir o meu LSRA para uma conta poupança reforma individual, ou para outro plano de reforma elegível.	<input type="checkbox"/> Pensão de Casal 120% com LSRA

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 DE IMPOSTO SOBRE O RENDIMENTO

A distribuição ou levantamentos do Plano estão sujeitos às retenções federais e estatais de imposto sobre o rendimento, salvo se optar em contrário. Se não nos informar de que quer fazer retenção de impostos, faremos a retenção do imposto sobre o rendimento em conformidade com as tabelas fiscais aplicáveis.

Assinale abaixo as escolhas adequadas. Tenha em conta que, mesmo que escolha não fazer a retenção do imposto sobre o rendimento, continua a ser responsável pelo pagamento do imposto sobre o rendimento sobre o seu benefício de pensão mensal. Pode também estar sujeito a penalidades fiscais, ao abrigo das regras previstas para o pagamento de impostos, se os seus pagamentos ou impostos e retenção previstos, se aplicável, não forem adequados.

_____ Estou insento(a) da retenção do imposto sobre o rendimento em Massachusetts, porque a minha residência fiscal (domicílio) se situa noutra local e o rendimento pago não resultou, nem esteve ligado a qualquer ocupação, profissão, comércio ou atividade exercidos em Massachusetts.

MONTANTES DE PENSÃO MENSAIS

_____ **NÃO** quero fazer qualquer retenção federal ou estatal de imposto sobre o rendimento na minha pensão.

_____ **QUERO** fazer retenção do imposto sobre o rendimento na minha pensão mensal, conforme os montantes indicados abaixo.

_____ Em conformidade com as tabelas fiscais aplicáveis:

N.º de isenções: _____ Federal _____ Estatal
 Estado Civil _____ Solteiro(a) _____ Casado(a) _____ Casado, mas com taxa de retenção ligeiramente mais elevada

_____ Em conformidade com os seguintes montantes em dólares:

\$ _____ Federal \$ _____ Estatal

_____ Em conformidade com as seguintes percentagens:

_____ % Federal _____ % Estatal

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

FUNDO DE PENSÕES DOS 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 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 PENSIONISTA/BENEFICIÁRIO: _____
(Imprima)

N.º da Seg. Social do PENSIONISTA/BENEFICIÁRIO: _____

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

N.º DE TELEFONE DE CASA: _____
(Caso tenhamos dificuldades com este formulário)

N.º LOCAL _____

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

FUNDO DE PENSÕES DOS 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 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)

5/17/2018