FUNDO DE PENSÃO PARA OS TRABALHADORES DE MASSACHUSETTS

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

SOLICITAÇÃO DE BENEFÍCIOS PARA SOBREVIVENTE

INSTRUÇÕES: *Leia o formulário cuidadosamente e responda em LETRA DE FORMA. Envie o formulário preenchido por correio para o escritório do Fundo de Pensão, incluindo o original da Certidão de Óbito, prova de idade do associado e, se existente, uma Certidão de Casamento e uma prova da sua idade, além de uma cópia da sua carteira de motorista e do seu cartão de Seguridade Social [Social Security].*

DECLARAÇÃO DO SOLICITANTE

1. A RESPEITO DO ASSOCIADO FALECIDO

a. Nome _____ b. Seguridade Social _____
SOBRENOME NOME NOME DO MEIO

c. Data do falecimento ____/____/____ (Anexar a Certidão de Óbito)
MÊS DIA ANO

d. Data de Nascimento ____/____/____ (Anexar prova de idade)
MÊS DIA ANO

e. Número do sindicato local _____ f. Número do associado (cartão do sindicato) _____

g. Data de iniciação no sindicato _____

h. O associado alguma vez recebeu compensação trabalhista durante um período em que esteve afastado do trabalho? _____Sim _____ Não. Se respondeu "Sim", anexe algum registro relacionado, incluindo o nome Contratante, da Companhia de Seguro, assim como quaisquer registros do Conselho de Acidentes Industriais. Inclua também as datas da lesão e a duração do período de compensação.

i. O associado alguma vez recebeu benefícios semanais do Fundo de Saúde e Bem-Estar dos Trabalhadores de Massachusetts? _____ Sim _____ Não

j. Data em que o associado trabalhou pela última vez em um emprego com cobertura.

2. SOBRE O SOLICITANTE

a. Seu nome _____ b. _____
SOBRENOMENOMENOME DO MEIO (Se for viúva/o, indique a data do casamento e anexe uma cópia da Certidão de Casamento)

c. Seu endereço _____
NÚMERO RUA CIDADE ESTADO CÓDIGO POSTAL

d. Seu telefone (_____) _____

e. Sua seguridade social __/__/__/__/__/__/__/__/__

f. Data de Nascimento ____/____/____ (Se for viúva/o, inclua prova da sua idade)
MÊS DIA ANO

g. A sua relação com o associado falecido _____

h. Se não for viúva/o do falecido, é administrador ou testamenteiro do espólio do falecido? _____ Sim _____ Não. Se a resposta for "Sim", envie um documento oficial para confirmar tal status.

Por meio desta, solicito benefícios como o sobrevivente junto ao Fundo de Pensão para os Trabalhadores de Massachusetts e confirmo que as declarações feitas no presente formulário são verdadeiras conforme o meu melhor conhecimento. Compreendo que declarações falsas serão um motivo suficiente para negar, suspender ou interromper os benefícios 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

Obs.: Este formulário oficial precisa ser usado ao solicitar pensão junto a este fundo. Você será avisado por escrito quando o seu formulário for recebido pelo escritório do Fundo de Pensão.

Você será avisado por escrito quando uma decisão for tomada pelos Fideicomissários a respeito da sua solicitação, o que ocorrerá dentro de aproximadamente três ou quatro meses.

RETENÇÃO DO IMPOSTO DE RENDA 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.

_____ (A) Não quero que o imposto federal ou estadual seja retido na fonte e abatido da minha pensão

_____ (B) Sim, quero que o imposto de renda seja retido na fonte e abatido da minha pensão mensal. (Indique abaixo a quantia de imposto retido a ser selecionada)

_____ (1) Quantia de acordo com as tabelas fiscais em vigor.
Quantidade de isenções: Federal _____ Estadual _____
Status Civil: Casado_____ Solteiro _____
Casado, mas com retenção superior à taxa de solteiro _____
(2 e 3 não se aplicam ao seu caso se você optou pela resolução com montante único)

_____ (2) $ _____ Federal $ _____ Estadual
_____ (3) _____ % Federal _____ % Estadual

_____ (C) 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.

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.:_____ **NÚMERO 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