

**FONDO DE PENSIONES DE LOS TRABAJADORES DE MASSACHUSETTS  
(MASSACHUSETTS LABORERS' PENSION FUND)**

P.O. BOX 1501 • 1400 DISTRICT AVENUE • SUITE 200  
BURLINGTON, MASSACHUSETTS 01803  
TELÉFONO (781) 272-1000 • NÚMERO GRATUITO (800) 342-3792 • FAX (781) 272-2226

PARA: Todos los solicitantes de pensiones  
Asunto: Formulario de solicitud de pensiones

Sírvase responder a TODAS las preguntas en la solicitud y en los demás formularios que reciba. Los formularios incompletos se devolverán al solicitante. Incluya las cartas de rechazo y/o adjudicación de Incapacitación del Seguro Social, si aplica. Si tiene dudas al respecto, comuníquese con la oficina correspondiente. Por lo general, el pago de las pensiones se hace efectivo el primer día calendario del mes siguiente a la entrega de la solicitud completa, y el tiempo promedio de procesamiento es de tres meses.

Si usted realizó previamente una solicitud de pensión en este fondo, indíquelo e incluya la fecha en la que realizó dicha solicitud. Adicionalmente, **si usted recibió alguna indemnización laboral o el Seguro de Incapacitación del Seguro Social, asegúrese de incluir una copia de la carta de adjudicación con su solicitud.** Por lo general, esto se añadirá a la acreditación de la pensión, lo que generará pensiones más altas. Si usted es divorciado/a, requerimos una copia del acuerdo de divorcio a fin de garantizar el cumplimiento con las órdenes del tribunal con relación a las indemnizaciones; envíela tan pronto esté disponible.

Si decide cobrar su pensión de una manera distinta a la Pensión del Cónyuge (Husband and Wife Pension), necesitamos la declaración en la página 5 (punto #10) firmada y notariada. Esto es muy importante.  
De lo contrario, incluya una fotocopia del acta de matrimonio.

**AVISO**

¡Alerta de seguridad! Ahora solicitamos tres formas de identificación: la tarjeta del Seguro Social, la partida de nacimiento y una identificación oficial con foto del miembro y su cónyuge, en caso de ser casado. Se sugiere el uso de fotocopias. Usted puede obtener su tarjeta del Seguro Social en la oficina del SSA de su localidad. Para obtener una licencia de conducir o una tarjeta de identificación oficial de su estado, diríjase al Departamento de Registro Automotor de su localidad.

Ahora emitimos los pagos de las Indemnizaciones de la Pensión mediante transferencia electrónica a todos los pensionados; depositaremos su cheque de la pensión directamente en la cuenta que usted indique para tal efecto con el fin de evitar la pérdida de cheques en el correo. Se incluye un formulario para la autorización de transferencias electrónicas.

Debe notificar a su empleador local acerca de su fecha de retiro propuesta, ya que puede impactar sus pagos.

Emisión definitiva: Las leyes federales nos obligan a enviar notificaciones de las declaraciones al respecto de su derecho a posponer su pensión. Contáctenos si desea hacerlo o si tiene preguntas con relación a esa carta.

Departamento de Pensiones

# FONDO DE PENSIONES DE LOS TRABAJADORES DE MASSACHUSETTS

Fecha de Recepción de Solicitud  
En la oficina del Fondo

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

## SOLICITUD DE DISTRIBUCIÓN DEBIDO A JUBILACIÓN, DISCAPACIDAD O FALLECIMIENTO

### INSTRUCCIONES

Sírvase completar TODAS las secciones, firmar en donde se le indique y devolver el formato a la dirección que se indica arriba junto con los recaudos solicitados. Si es casado/a, y si aplica, su cónyuge deberá firmar la página 5 en presencia de un Notario Público. Si es soltero, usted debe firmar la página 5 declarando su estado civil ante un Notario Público. Deberá adjuntar evidencia que demuestre su edad y, si aplica, la de su cónyuge, así como copia del acta de matrimonio y las copias de la licencia de conducir y la tarjeta del seguro social de ambos.

Usted puede *Comprobar* su *Edad* mediante cualquiera de los siguientes documentos: partida de nacimiento, certificado de bautismo u otro certificado de acta eclesial, notificación de registro de nacimiento en un registro público de estadísticas vitales, acta de nacimiento del hospital, acta eclesial o gubernamental extranjera, documentos de inmigración, registro militar, pasaporte, acta escolar. Los documentos originales se devolverán de forma oportuna, aunque es más seguro que envíe fotocopias.

En caso de dudas, comuníquese con la Oficina del Fondo mediante cualquiera de los teléfonos que se indican arriba. Si no completa todas las secciones, o si el formulario no está notariado, cuando esto aplique, su solicitud no será procesada. Usted recibirá una notificación por escrito de que la Oficina del Fondo recibió su solicitud. Sin embargo, si no recibe la confirmación en un lapso de diez (10) días hábiles, notifique a la Oficina del Fondo. Su solicitud se procesará y le notificaremos la aprobación del beneficio (usualmente en un lapso de 3 a 5 meses).

### INFORMACIÓN PERSONAL DEL MIEMBRO

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Sindicato local: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del cónyuge: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social del cónyuge: \_\_\_\_\_ Fecha del matrimonio: \_\_\_\_\_

Independientemente del país de residencia, ¿es usted ciudadano estadounidense? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso de no ser ciudadano estadounidense, indique su país de ciudadanía \_\_\_\_\_



### INFORMACIÓN LABORAL Y DEL SINDICATO LOCAL

¿Fecha en la que piensa jubilarse? \_\_\_\_\_

Si se encuentra trabajando, ¿en qué fecha dejará de trabajar? \_\_\_\_\_

Si dejó de trabajar como empleado, indique la última fecha en la que trabajó. \_\_\_\_\_

Nombre y dirección de la última empresa para la cual trabajó \_\_\_\_\_

Nº del Sindicato local actual \_\_\_\_\_ No. de Libro/Membresía \_\_\_\_\_

Fecha original de inscripción en el Sindicato de Trabajadores \_\_\_\_\_ No. Local \_\_\_\_\_

En caso de ser miembro de otros sindicatos de trabajadores locales, enumérelos abajo con las fechas en las que se inscribió o fue transferido: \_\_\_\_\_

¿Ha trabajado como empleado fuera del estado? \_\_\_\_\_ Si su respuesta es sí, indique dónde y cuándo \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL SERVICIO MILITAR

¿Ha servido alguna vez en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si su respuesta es afirmativa, incluya copias de sus documentos militares.

Fecha de servicio Inicio \_\_\_\_\_ Baja o separación \_\_\_\_\_

Fecha de reingreso a un empleo con cobertura \_\_\_\_\_

Nombre del empleador para el cual trabajó inmediatamente después de su reintegro a un empleo con cobertura \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE COMPENSACIÓN DEL TRABAJADOR

¿Ha recibido alguna vez compensación laboral por lesiones ocurridas en el trabajo? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si su respuesta es afirmativa, indique la siguiente información:

Nombre del Empleador \_\_\_\_\_ Fecha de la lesión \_\_\_\_\_

Recibió compensación desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

Empresa de seguros \_\_\_\_\_ No. de expediente de pago del trabajador \_\_\_\_\_

Si usted sufrió más de una (1) lesión y recibió pagos de indemnización laboral por ellas, suministre la información que se solicita arriba para cada lesión adicional en una hoja separada. Si posee registros de su indemnización, incluya copias con su solicitud. Si no posee copias de la indemnización laboral, busque en sus archivos, ya que esto podría ser de ayuda para generar aportes adicionales a la pensión.

### INDEMNIZACIONES SEMANALES POR ACCIDENTE Y ENFERMEDAD

¿Alguna vez ha recibido indemnizaciones semanales por accidente y enfermedad de parte del Fondo de Salud y Bienestar Social de Trabajadores de Massachusetts durante un periodo de tiempo en el que estuvo de reposo? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si su respuesta es afirmativa, indique las fechas en las que recibió estas indemnizaciones, ya que podría recibir aportes de pensión adicionales.

Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_

Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_



### TIPO DE PENSIÓN

En caso de ser elegible, deseo jubilarme con (marque el tipo de pensión más adecuado):

- Pensión Ordinaria Se adquiere a los 62 años o más con al menos 15 aportes a la pensión. (Nota: si no tiene al menos 1/4 de los aportes en 1986 o después, la edad de retiro normal es de 65 años).
- Jubilación Temprana Se adquiere a los 55 años pero menor a 62 con al menos 15 aportes a la pensión.
- Pensión por Servicio Al menos 30 aportes a la pensión acumulados, independientemente de la edad.
- Pensión por Incapacidad Mínimo de 10 aportes a la pensión acumulados, con al menos 1/4 de ellos realizados después del 1/1/83 o 15 aportes realizados antes del 1/1/83 y con discapacidad total y permanente de acuerdo con los términos del documento del Plan.
- Pensión Mínima Extraordinaria (A) Se adquiere a los 55 años con entre 5 y 15 aportes a la pensión y al menos 1 hora de servicio devengada después del 31 de diciembre de 1997 mientras se era participante; o (B) si cuenta con entre 10 y 15 aportes a la pensión y uno de ellos se acumuló después del 1 de enero de 1992.
- Pensión Adquirida Extraordinaria (A) Se obtiene a la edad de jubilación normal de 62 años y con un mínimo de 10 años de antigüedad acumulada devengada; o (B) a la edad de jubilación normal, 62 años, con 5 años de antigüedad acumulada y al menos una hora de servicio devengada después del 31 de diciembre de 1988 para empleados sin convenio y al menos una hora de servicio devengada después del 31 de diciembre de 1997 para empleados con convenio.

### PENSIÓN POR DISCAPACIDAD

Complete esta sección únicamente si solicita la pensión por incapacidad. Además, debe solicitar el beneficio por incapacidad a la Administración del Seguro Social.

Fecha inicial de la incapacidad \_\_\_\_\_  
Mes Día Año

Indique la naturaleza de su incapacidad (utilice hojas adicionales si es necesario) \_\_\_\_\_

¿Ha solicitado la Pensión por Incapacidad del Seguro Social? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si su respuesta es afirmativa, ¿recibió alguna decisión acerca de su solicitud? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si su respuesta es afirmativa, ¿su solicitud fue aprobada o rechazada? Aprobada \_\_\_\_\_ Rechazada \_\_\_\_\_

Si fue aprobada, presente la **Constancia de Adjudicación** de la Administración del Seguro Social.

Si fue rechazada, presente la **Notificación de Rechazo** de la Administración del Seguro Social.

### FORMA DE PAGO DE LAS PENSIONES

Las descripciones de las formas de pago que se incluyen a continuación se suministran únicamente para su información. Usted podrá escoger una de las opciones antes de comenzar a recibir los pagos de su pensión. **Una vez que se inicien los pagos, no podrá modificar su elección.** Todo pago de pensión se prolongará durante la vida del miembro.

#### Garantía de 60 meses

Si usted no está casado/a, este es el formulario normal de pago. Recibirá un monto mensual durante toda su vida. Si usted fallece antes de que se hayan efectuado 60 pagos, su beneficiario recibirá el saldo de los primeros 60 pagos mensuales por el mismo monto que usted recibía. Si su beneficiario falleciera antes de usted o antes de que usted reciba los 60 pagos mensuales, usted puede designar a un beneficiario de contingencia para que reciba el saldo de los 60 pagos mensuales. Si usted fallece luego de haber recibido 60 pagos mensuales, cesará el beneficio y no se realizarán más pagos a su beneficiario.

**FORMA DE PAGO DE LAS PENSIONES (continuación)**

**50% de la Pensión del Cónyuge**

Si usted está casado/a, esta es la forma automática de pago a menos que usted y su cónyuge decidan lo contrario. El pago del 50% de la Pensión del Cónyuge estipula que, en caso de su fallecimiento, se seguirá pagando la mitad de su indemnización mensual a su cónyuge durante el resto de su vida. En el caso de los aportes devengados antes del 1 de enero de 2010, el beneficio no se reducirá si usted posee 1/4 de los aportes al 1 de enero de 1988 o posteriormente. Si usted se retira con la pensión por incapacidad y elige la forma de pago del 50% de la Pensión del Cónyuge, se realizará una reducción actuarial a su indemnización mensual.

**75% de la Pensión del Cónyuge**

El pago del 75% de la Pensión del Cónyuge estipula que, en caso de su fallecimiento, se seguirá pagando el 75% de su indemnización mensual a su cónyuge durante el resto de su vida. El monto de la pensión al que usted tendría derecho normalmente se ajustará de forma actuarial mediante una fórmula que se basa en la diferencia de edad entre usted y su cónyuge, teniendo en cuenta que los pagos podrían realizarse durante un período de tiempo más largo (por ejemplo, toda su vida y la de su cónyuge).

**100% de la Pensión del Cónyuge**

El pago del 100% de la Pensión del Cónyuge estipula que, en caso de su fallecimiento, se seguirá pagando el 100% de su indemnización mensual a su cónyuge durante el resto de su vida. El monto de la pensión al que usted tendría derecho normalmente se ajustará de forma actuarial mediante una fórmula basada en la diferencia de edad entre usted y su cónyuge, teniendo en cuenta que los pagos podrían realizarse durante un período de tiempo más largo (por ejemplo, toda su vida y la de su cónyuge).

**Opción de 120 Pagos Seguros (no disponible para personas con Pensión por Incapacidad)**

Usted tiene la opción de cobrar un monto reducido de su pensión mensual con 120 pagos mensuales garantizados. Si usted elige cobrar el monto mensual reducido, se le pagará este monto durante toda su vida y, si fallece antes de que se hayan efectuado los 120 pagos, su beneficiario recibirá el saldo de los 120 pagos mensuales por la misma cantidad que usted recibía. Si usted fallece después de haber recibido los 120 pagos, se cesará el beneficio y no se realizarán más pagos a su beneficiario. Si su beneficiario falleciera antes que usted, o antes de que usted reciba los 120 pagos mensuales, usted podrá designar a dos beneficiarios de contingencia para que reciban el saldo de los 120 pagos mensuales.

**Asignación por Reajuste de la Cantidad Global (LSRA)**

Usted podrá recibir un pago global al jubilarse como reintegro de una reducción de su beneficio mensual. El monto de la reducción dependerá de la edad que tenía al momento en que comenzaron los pagos mensuales. La reducción en su indemnización mensual no será mayor al 10% y el pago global no podrá exceder los \$5.000. Tome en cuenta que los pagos por LSRA podrían ser elegibles para una "distribución acumulativa". Esto quiere decir que el pago se puede transferir a un IRA o a algún otro plan de retiro calificado que acepte la transferencia de saldos acumulados. Si usted no transfiere su LSRA, se podría aplicar una retención obligatoria del 20% del Impuesto Federal sobre la Renta y otros impuestos a su pago global. Vea la Notificación Extraordinaria sobre Impuestos que se anexa y asegúrese de consultar a su asesor de impuestos.

**PENSIÓN POR INCAPACIDAD**

Marque las casillas que correspondan a las opciones que usted desee. **¡Esta no será su elección definitiva, ya que recibirá montos en dólares por las opciones que elija antes de que la Oficina del Fondo concluya con su solicitud!**

- LSRA
- 50% de la Pensión del Cónyuge  Combinación entre LSRA, 50% de la Pensión del Cónyuge
- 75% de la Pensión del Cónyuge  Combinación entre LSRA, 75% de la Pensión del Cónyuge
- 100% de la Pensión del Cónyuge  Combinación entre LSRA, 100% de la Pensión del Cónyuge
- Opción de 120 Pagos Seguros  Combinación entre LSRA, 120 Pagos
- Deseo transferir mi LSRA a una cuenta de jubilación individual u otro plan calificado de jubilación.

Por favor, envíe los fondos de mi LSRA a la cuenta que se indica a continuación:

Nombre del fiduciario o guardián \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Titular de la cuenta \_\_\_\_\_ Número de Cuenta \_\_\_\_\_



### DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE

\_\_\_\_\_ Por medio de la presente, juro que no estoy legalmente casado actualmente.

\_\_\_\_\_ Por medio de la presente, juro que no puedo localizar a mi cónyuge (se requiere evidencia adicional si marca esta casilla).

\_\_\_\_\_ Por medio de la presente, juro que la persona que completó la Declaración del Cónyuge es mi cónyuge actual y legal, y que hemos estado casados durante 12 meses.

Por medio de la presente solicito una pensión del Fondo de Pensiones de los Trabajadores de Massachusetts. Las afirmaciones mencionadas arriba son verdaderas en la medida de mis conocimientos. Entiendo que una declaración falsa podría descalificarme del beneficio de pensión y que el Consejo de Administración tendrá derecho a recuperar los pagos que me hayan efectuado debido a una declaración falsa.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Solicitante**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

### DECLARACIÓN DEL CÓNYUGE (no complete si seleccionó la Pensión del Cónyuge – sin LSRA)

Recibí una copia de la Notificación Conjunta de Calificación y Anualidad de Sobreviviente estipulada mediante el Plan y entiendo que tengo derecho a que el Plan pague las indemnizaciones mensuales de mi cónyuge bajo la forma de Pensión del Cónyuge.

Mediante la presente, otorgo mi consentimiento para que mi cónyuge rechace la Pensión del Cónyuge y acepto que este reciba las indemnizaciones mensuales en la forma seleccionada en este formulario. Entiendo que ni mi cónyuge ni yo tendremos derecho a recibir ningún beneficio bajo la modalidad de Pensión del Cónyuge.

Entiendo que mi cónyuge podrá designar a otro beneficiario para que reciba cualquiera de las indemnizaciones de sobreviviente pagaderas mediante el Plan después de que mi cónyuge fallezca, y que debo aprobar dicha designación. Otorgo mi consentimiento para que mi cónyuge designe al beneficiario en este formulario.

Entiendo que mi cónyuge no puede elegir otra forma de pago de las indemnizaciones ni designar a un beneficiario distinto a menos que yo esté de acuerdo con el cambio.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Cónyuge**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

### AUTENTICACIÓN NOTARIAL

Estado de \_\_\_\_\_ Condado de \_\_\_\_\_

El \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_ compareció ante mí \_\_\_\_\_,  
a quien conozco como la persona que se describe en la declaración anterior, quien la suscribió y me admitió haberla ejecutado de forma voluntaria y libre para los fines expresados en ella. En fe de lo cual estampo mi firma:

**ESTAMPAR SELLO:**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL NOTARIO**

\_\_\_\_\_  
**MI DESIGNACIÓN VENCE**

**\*Nota al Notario: Indique los nombres de todas las partes presentes al momento de la firma.**

**DESIGNACIÓN DEL BENEFICIARIO (llene esta sección únicamente si no seleccionó ninguna de las opciones de los cónyuges)**

Llene esta sección si usted no está casado/a o elige designar a un beneficiario distinto a su cónyuge. Su cónyuge será su beneficiario de forma automática a menos que él/ella acepte la designación indicada abajo. Nota: si usted seleccionó alguno de los beneficios bajo la modalidad de Pensión del Cónyuge, no podrá designar a otro beneficiario.

Nombre del beneficiario	Fecha de nacimiento	# de Seguro Social	Relación
Nombre del beneficiario	Fecha de nacimiento	# de Seguro Social	Relación

**RETENCIÓN DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA**

Las distribuciones o retiros de este Plan están sujetas a retenciones del Impuesto sobre la Renta Federal y Estatal, a menos que usted decida lo contrario. Si usted no nos notifica que desea que se retengan sus impuestos, procederemos con la retención del Impuesto sobre la Renta según las tablas de impuestos que apliquen.

Marque a continuación las opciones que correspondan. Tenga en cuenta que, incluso si usted elige que no le retengan el Impuesto sobre la Renta, igualmente será responsable del pago del mismo sobre la porción tributable de la indemnización de su pensión mensual. También podrá estar sujeto a penalizaciones impositivas según las normas de pago del impuesto estimado si sus pagos o la estimación y retención del impuesto no son adecuados, según sea el caso.

\_\_\_\_ Estoy exento de la retención del impuesto sobre la renta en Massachusetts debido a que mi residencia legal (domicilio) se encuentra en otro lugar y el ingreso pagado no se derivó de ni estuvo relacionado con una ocupación, una profesión, un comercio ni un negocio llevado a cabo en Massachusetts.

**MONTOS MENSUALES DE LA PENSIÓN**

\_\_\_\_ **NO** deseo que se retenga el Impuesto sobre la Renta Federal ni Estatal de mi pensión mensual.

\_\_\_\_ **Deseo** que se retenga el Impuesto sobre la Renta de mi pensión mensual según los montos indicados abajo.

\_\_\_\_ De conformidad con los impuestos que apliquen:

Número de exenciones: \_\_\_\_ Federal \_\_\_\_ Estatal

Estado civil: \_\_\_\_ Casado \_\_\_\_ Soltero \_\_\_\_ Casado pero bajo retención a una tasa un poco más alta

\_\_\_\_ Según los siguientes montos en dólares:

\$ \_\_\_\_ Federal \$ \_\_\_\_ Estatal

\_\_\_\_ Según los siguientes porcentajes:

\_\_\_\_ % Federal \_\_\_\_ % Estatal

\_\_\_\_  
Firma del Participante

\_\_\_\_  
Fecha

\*Nota: Para tener validez, la solicitud debe indicar la fecha y estar firmada.



**FONDO DE PENSIONES DE LOS TRABAJADORES DE MASSACHUSETTS  
(MASSACHUSETTS LABORERS' PENSION FUND)**

P.O. BOX 1501 • 1400 DISTRICT AVENUE • SUITE 200  
BURLINGTON, MASSACHUSETTS 01803  
TELÉFONO (781) 272-1000 • NÚMERO GRATUITO (800) 342-3792 • FAX (781) 272-2226

**Fondo de Pensiones de los Trabajadores de Massachusetts  
Formulario de Autorización de Depósito Directo**

Mediante este documento, autorizo al Fondo de Pensiones de los Trabajadores de Massachusetts, en lo sucesivo denominado el "Fondo", para que realice depósitos directos en mi cuenta ( ) Corriente ( ) de Ahorros (*seleccione una*) en el banco que se indica a continuación, en lo sucesivo denominado el "Banco", y a acreditarlos en dicha cuenta.

**NOMBRE DEL BANCO:** \_\_\_\_\_ **OFICINA** \_\_\_\_\_  
**CIUDAD:** \_\_\_\_\_ **ESTADO/PROV.** \_\_\_\_\_ **CÓDIGO POSTAL** \_\_\_\_\_  
**NÚMERO TELEFÓNICO DEL BANCO** \_\_\_\_\_ **EXT:** \_\_\_\_\_  
**# DE ROUTING** \_\_\_\_\_ **# DE CUENTA** \_\_\_\_\_

Si desconoce su número de cuenta o enrutamiento (*routing*), contacte a su banco y solicite esta información. Asegúrese de especificar si es una cuenta corriente o de ahorros.

Esta autorización se mantendrá vigente hasta que el "Fondo" reciba una notificación POR ESCRITO de mi parte en la que se especifique su culminación de una manera que brinde tanto al "Fondo" como al "Banco" un tiempo razonable como para proceder al respecto.

**NOMBRE DEL PENSIONADO/BENEFICIARIO:** \_\_\_\_\_  
(En letra de imprenta)

**NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL PENSIONADO/BENEFICIARIO:** \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL PENSIONADO/BENEFICIARIO:** \_\_\_\_\_  
(Nombre) (Fecha)

**No. DE TELÉFONO RESIDENCIAL:** \_\_\_\_\_ **# LOCAL** \_\_\_\_\_  
(En caso de surgir dificultades con esta planilla)

**NOTA:** Toda autorización de crédito por escrito debe estipular que el receptor podrá revocar la autorización únicamente mediante notificación al emisor en la manera especificada en esta autorización.

**\*LLENE ESTE FORMULARIO PARA RECIBIR LOS CHEQUES DE SU PENSIÓN\***  
**OBLIGATORIO**



**FONDO DE PENSIONES DE LOS TRABAJADORES DE MASSACHUSETTS  
(MASSACHUSETTS LABORERS' PENSION FUND)**

P.O. BOX 1501 • 1400 DISTRICT AVENUE • SUITE 200  
BURLINGTON, MASSACHUSETTS 01803  
TELÉFONO (781) 272-1000 • NÚMERO GRATUITO (800) 342-3792 • FAX (781) 272-2226

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN POR FALLECIMIENTO DE JUBILADO**

Por medio del presente, yo, \_\_\_\_\_, solicito el certificado de pago de indemnización por fallecimiento de conformidad con las normas, la regulación y los requisitos de elegibilidad del fondo.

Monto: \$ \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de jubilación: \_\_\_\_\_

Nombre de la empresa: \_\_\_\_\_ DESDE: \_\_\_\_\_ HASTA: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Designo a la persona que se indica a continuación para que reciba los fondos de la Indemnización por Fallecimiento de Jubilado:

Beneficiario: \_\_\_\_\_ No. de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección del beneficiario: \_\_\_\_\_ Relación con el pensionado: \_\_\_\_\_

**Firma del pensionado:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Dirección

Sindicato local: \_\_\_\_\_ Firma del testigo: \_\_\_\_\_  
(Distinto al beneficiario)