



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

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



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

**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 formatos 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 _____

N° 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):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pensión regular | Alcanzó la edad de jubilación normal (en el momento de la jubilación) y obtuvo un mínimo de 5 créditos de pensión. |
| <input type="checkbox"/> Jubilación anticipada | Ha cumplido 55 años pero menos de la edad normal de jubilación (en el momento de la jubilación) y ha obtenido un mínimo de 5 créditos de pensión. |
| <input type="checkbox"/> Pensión de servicio | Acumuló al menos 30 créditos de pensión, independientemente de la edad. |
| <input type="checkbox"/> Pensión por discapacidad | Acumuló un mínimo de 10 créditos de pensión y se consideró discapacitado total y permanentemente de acuerdo con los términos del documento del Plan. |
| <input type="checkbox"/> Pensión especial adquirida | Obtuvo al menos un mínimo de 250 horas en el año en que cumplió 65 años y recibió un mínimo de 0,25 créditos de pensión a los 65 años. |

PENSIÓN POR INCAPACIDAD

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 periodo 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 periodo 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.

ELECCIÓN DE BENEFICIOS

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 Pensión 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 DE IMPUESTOS FEDERALES

IMPORTANTE: Para elegir la retención de impuestos federales, complete el formulario W-4P de retención de impuestos federales sobre la renta adjunto. Si tiene preguntas sobre el W-4P, puede consultar a un asesor fiscal con licencia.

RETENCIÓN DE IMPUESTOS ESTATALES

_____ Estoy exento de la retención del impuesto sobre la renta de Massachusetts porque mi residencia legal (domicilio) está en otro lugar, y los ingresos que me pagan no provienen ni están relacionados con una ocupación, profesión, oficio o negocio realizado en Massachusetts.

_____ **NO** quiero que se retenga ningún impuesto estatal sobre la renta de mi pensión mensual.

_____ **SÍ** quiero que se retenga cualquier impuesto sobre la renta de mi pensión mensual por los montos que se indican a continuación.

_____ De acuerdo con los siguientes montos en dólares:

\$ _____ Estado

_____ De acuerdo con los siguientes porcentajes:

\$ _____ Estado

Firma del Participante

Fecha

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



Withholding Certificate for Periodic Pension or Annuity Payments

Department of the Treasury
Internal Revenue Service

Give Form W-4P to the payer of your pension or annuity payments.

2024

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) <input type="checkbox"/> Single or Married filing separately <input type="checkbox"/> Married filing jointly or Qualifying surviving spouse <input type="checkbox"/> 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.)		

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 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 less 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 one, 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:	If your total income will be \$200,000 or less (\$400,000 or less if married filing jointly):		
Claim Dependent and Other Credits	Multiply the number of qualifying children under age 17 by \$2,000	\$ _____	
	Multiply the number of other dependents by \$500	\$ _____	
	Add other credits, such as foreign tax credit and education tax credits	\$ _____	
	Add the amounts for qualifying children, other dependents, and other credits and enter the total here		3 \$ _____

Step 4 (optional): 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. If you expect to claim deductions other than the basic standard deduction and want to reduce your withholding, use the Deductions Worksheet on page 3 and enter the result here	4(b)	\$ _____
(c) Extra withholding. Enter any additional tax you want withheld from each payment . . .	4(c)	\$ _____

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.

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 writing "No Withholding" on Form W-4P in the space below Step 4(c). Then, complete Steps 1a, 1b, 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. Have social security, dividend, capital gain, or business income, or are subject to the Additional Medicare Tax or Net Investment Income Tax; or
2. Receive these payments or pension and annuity payments for only part of the year.

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, write "No Withholding" in the space below Step 4(c). See Pub. 3920, Tax Relief for Victims of Terrorist Attacks, for more details.

Specific Instructions

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

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

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

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

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

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

Example 4. Ann, a single filer, is completing Form W-4P for a pension that pays \$50,000 a year. Ann also has a job that pays \$25,000 a year and another pension that pays \$20,000 a year. Ann 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 Ann also has \$1,000 of interest income, which she entered on Form W-4, Step 4(a), she 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). She 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.

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 (optional).

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

Specific Instructions *(continued)*

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 6, if you expect to claim deductions other than the basic standard deduction on your 2024 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 student loan interest and IRAs.

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.

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 2024, your current withholding election (or your default rate) remains in effect unless you submit a new Form W-4P.

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



1	Enter an estimate of your 2024 itemized deductions (from Schedule A (Form 1040)). Such deductions may include qualifying home mortgage interest, charitable contributions, state and local taxes (up to \$10,000), and medical expenses in excess of 7.5% of your income	1 \$ _____			
2	Enter: <table style="display: inline-table; vertical-align: middle; border: none;"> <tr> <td style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">{</td> <td style="padding: 0 10px;"> <ul style="list-style-type: none"> • \$29,200 if you're married filing jointly or a qualifying surviving spouse • \$21,900 if you're head of household • \$14,600 if you're single or married filing separately </td> <td style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">}</td> </tr> </table>	{	<ul style="list-style-type: none"> • \$29,200 if you're married filing jointly or a qualifying surviving spouse • \$21,900 if you're head of household • \$14,600 if you're single or married filing separately 	}	2 \$ _____
{	<ul style="list-style-type: none"> • \$29,200 if you're married filing jointly or a qualifying surviving spouse • \$21,900 if you're head of household • \$14,600 if you're single or married filing separately 	}			
3	If line 1 is greater than line 2, subtract line 2 from line 1 and enter the result here. If line 2 is greater than line 1, enter "-0-"	3 \$ _____			
4	If line 3 equals zero, and you (or your spouse) are 65 or older, enter: <ul style="list-style-type: none"> • \$1,950 if you're single or head of household. • \$1,550 if you're married filing separately. • \$1,550 if you're a qualifying surviving spouse or you're married filing jointly and one of you is under age 65. • \$3,100 if you're married filing jointly and both of you are age 65 or older. Otherwise, enter "-0-". See Pub. 505 for more information	4 \$ _____			
5	Enter an estimate of your student loan interest, deductible IRA contributions, and certain other adjustments (from Part II of Schedule 1 (Form 1040)). See Pub. 505 for more information	5 \$ _____			
6	Add lines 3 through 5. Enter the result here and in Step 4(b) on Form W-4P	6 \$ _____			

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.



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

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



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

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: \$ _3,000.00_____ 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)