

**FONDO DE PENSIONES DEL SINDICATO DEL LOCAL 32 DE  
TRABAJADORES Y EMPLEADORES DE LA INDUSTRIA DE ALIMENTOS Y BEBIDAS**

**LISTA DE VERIFICACIÓN PERSONAL**

USE ESTA LISTA DE VERIFICACIÓN DE GUÍA PARA AYUDARLE A COMPLETAR LA SOLICITUD DE PENSIÓN

- Página 1 INFORMACIÓN PERSONAL**: Escriba su información en letra de molde e indique su estado civil.  
**Adjunte los documentos necesarios que comprueben su estado civil.**
- Página 2 HISTORIAL DE EMPLEO**: Enumere a su(s) empleador(es) que participan en el Plan.
- BENEFICIO POR DISCAPACIDAD**: Marque si solicita o no solicita un beneficio como resultado de una discapacidad. De ser así, complete. De no ser así, vaya al paso siguiente.
- Página 3 CERTIFICACIÓN DE RECONOCIMIENTO**: Esta página **TIENE** que ser firmada y legalizada independientemente de su estado.
- COMPROBANTE DE EDAD**: Adjunte el comprobante de edad en el orden de prioridad más alto posible en la lista
- Página 4 VALOR RELATIVO DE LOS BENEFICIOS OPCIONALES**: Guarde esta página para sus registros. Contiene información relacionada con los formularios de beneficios que están a su disposición.
- Página 5 ELECCIÓN DE PENSIÓN**: Sírvase elegir cómo desea recibir sus beneficios.  
**Nota: Si el saldo de su cuenta es menos de \$5,000, TIENE que elegir Distribución de Suma Única.**
- Si está casado**: Su cónyuge tiene que firmar y hacer certificar ante un notario esta página\*\*
- Página 6 RENUNCIA DEL CÓNYUGE A LA PENSIÓN DE ESPOSO Y ESPOSA**: Si está casado, su cónyuge tiene que firmar y hacer certificar ante un notario.
- RENUNCIA AL PERIODO DE ESPERA DE 30 DÍAS SOBRE DECISIONES DE RENUNCIAR A LA FORMA DE PAREJA CASADA**: Usted y su cónyuge deben firmar y poner la fecha.
- Página 7 ELECCIÓN DE REINVERTIR LAS DISTRIBUCIONES ELEGIBLES**: Indique si desea reinvertir sus beneficios de pensión. *Tiene que elegir una opción.*
- FORMULARIO DE TERMINACIÓN\***: Lo debe completar y firmar el Gerente. La Oficina del Fondo también aceptará una carta de terminación impresa en membrete de la empresa. Esto se requiere si ha trabajado en empleo cubierto durante los últimos 12 meses. **\*SOLO SE NECESITA PARA LOS BENEFICIOS POR TERMINACIÓN DEL EMPLEO.**
- PARIENTE MÁS CERCANO**: Sírvase completarlo para que podamos pagar cualquier beneficio adeudado en caso de su fallecimiento.

***Guarde las páginas 8 a 13 para sus registros. No las devuelva a la Oficina del Fondo.***

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la Oficina del Fondo al 410-872-9500.  
Use el sobre de devolución y envíenos su Solicitud y copias de sus Certificados a:  
Carday Associates, Inc. 7130 Columbia Gateway Drive, Suite A Columbia, MD 21046

**Tenga presente que su pensión no se puede procesar sin esta información.**