

**CHICAGO REGIONAL COUNCIL OF CARPENTERS PENSION FUND
 PLAN DE ANUALIDAD SUPLEMENTARIA
 FORMULARIO DE REINVERSIÓN DIRECTA
 1-877-UNION-44 (1-877-864-6644)**



- Use este formulario para proporcionar la información necesaria para hacer una reinversión directa de toda o parte de su distribución de reinversión elegible del Plan a una cuenta individual de jubilación ("IRA, por sus siglas en inglés") o otro plan calificado. Llene el formulario con un bolígrafo. Este formulario no es válido sin su firma. Este formulario debe ser autorizado ante un notario público.
- Este formulario debe acompañar a uno de los siguientes formularios: Formulario de autorización de distribución o Formulario de distribución para beneficiarios y beneficiarios alternativos.

1. INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE (EN LETRA IMPRENTA CLARAY CON BOLÍGRAFO)

C S
 ESTADO CIVIL

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O ITIN _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ FECHA DE CONTRATACIÓN _____

APELLIDO _____ NOMBRE _____ Inicial del segundo nombre _____

DIRECCIÓN _____ N° de Apto: _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

(_____) _____ (_____) _____
 NÚMERO DE TELÉFONO DURANTE EL DÍA NÚMERO DE TELÉFONO DURANTE LA NOCHE

2. CANTIDAD DE REINVERSIÓN DIRECTA

Tenga presente que los montos que no se reinviertan están sujetos a una retención obligatoria del 20%.
 He optado por una reinversión directa de mi distribución de reinversión elegible según lo siguiente (*marque una*):

- Reinvertir mi distribución de reinversión elegible completa.
- Reinvertir una parte de mi distribución de reinversión elegible según lo siguiente. Marque una opción y complete:
 (Tenga presente que el monto mínimo de reinversión directa es de \$500.)
- _____% de reinversión de mi distribución.
- Reinversión de \$ _____ y pagar el saldo a mí.
- Pagar \$ _____ a mí y reinvertir el saldo.

Nota: A partir del 1 de julio de 2010, los beneficiarios que no sean cónyuges sólo pueden reinvertir en una cuenta IRA heredada. Consulte el Aviso tributario especial adjunto.

3. RECEPCIÓN DE CUENTA IRA O PLAN CALIFICADO

Mi reinversión directa se debe pagar a la siguiente cuenta IRA o plan calificado:

- plan de empleador cuenta IRA tradicional cuenta IRA Roth* (*marque una y complete esta sección, si es necesario adjunte páginas adicionales*)

NOMBRE DEL AGENTE FIDEICOMISARIO O CUSTODIO _____

NOMBRE DEL PLAN _____

DIRECCIÓN DE CORREO _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

Los pagos se enviarán directamente por correo al nuevo fideicomisario o custodio.

Número de cuenta: _____
 (Si no se entrega un número de cuenta o si su número de cuenta es su número de seguro social, su reinversión directa será pagadera al fiduciario o tutor designado anteriormente pero enviada por correo a su dirección registrada.)

***Consulte el Aviso tributario especial acerca de los pagos del plan para conocer las consecuencias tributarias relacionadas con la reinversión a una cuenta IRA Roth.**

4. FIRMA DEL PARTICIPANTE Y FIRMA Y SELLO DEL NOTARIO

Yo hago las elecciones de reinversión directa que se indican arriba. He leído el Aviso tributario especial acerca de los pagos del plan y entiendo que tengo al menos 30 días para decidir si elijo o no una reinversión directa de cualquier distribución de reinversión elegible. He leído el Aviso de opciones de distribución y comprendo mis alternativas de distribución y mi derecho a diferir las distribuciones del Plan. Declaro que he tomado todas las medidas necesarias para que la cuenta IRA o el plan calificado de recepción acepten mi contribución de reinversión.

Firma del participante _____ Fecha (MM-DD-AAAA) _____

Este formulario no es válido a menos que esté autorizado ante un notario público.

Certifico que _____ compareció ante mí y firmó este documento en mi
 Nombre del participante en letra de imprenta

presencia este _____ de _____ en el año _____ .

Firma del Notario público _____ (Sello del Notario)

