

INSTRUCCIONES PARA PRESENTAR PRUEBAS DE EDAD

Las pruebas aceptables de su edad están enumeradas abajo en dos grupos. Presente una fotocopia de una de las pruebas en la lista del Grupo I, si la tiene, o puede posiblemente obtenerla, ya que esta clase de prueba de edad es más convincente.

Si usted no puede presentar una prueba del Grupo I, presente fotocopias de dos (2) de las pruebas del Grupo II. Se le advierte, sin embargo, que **los Documentos de Naturalización, los Pasaportes de Estados Unidos y los Documentos de Inmigración, NO PUEDEN SER FOTOCOPIARSE**. Si presenta alguno de estos, deberá presentar el original el que se le devolverá.

Podrán solicitarse pruebas adicionales de edad si los documentos que presente no constituyen prueba convincente de su edad.

GRUPO I

1. Certificado de nacimiento.
2. Certificado de bautismo o declaración de fecha de nacimiento de los registros de la iglesia certificado por la persona con custodia de esos registros.
3. Notificación de registro de nacimiento en el registro público de estadísticas vitales.
4. Certificación de registro de edad de la Oficina del Censo de Estados Unidos.
5. Registro de nacimiento del hospital certificado por la persona con la custodia de tales registros.
6. Registro de una iglesia o gobierno extranjero.
7. Declaración firmada por el médico o la partera que ayudo en el nacimiento respecto a la fecha de nacimiento que muestran sus registros.
8. Registro de naturalización (**No es aceptable una fotocopia, deberá presentar el original**).
9. Documentos de inmigración (**No es aceptable una fotocopia, deberá presentar el original**).
10. Carta de la Administración del Seguro Social certificando su edad como aparece en sus registros.

GRUPO II

11. Registro militar.
12. Pasaporte. (**No es aceptable una fotocopia, favor de presentar el original.**)
13. Registros escolares certificados por la persona con la custodia de tales registros..
14. Registros de vacunas, certificados por la persona con la custodia de tales registros.
15. Póliza de seguro con la edad o fecha de nacimiento.
16. Registros de matrimonio con la fecha de nacimiento o edad (solicitud de licencia matrimonial o registros de la iglesia, certificados por la persona con la custodia de tales registros, o el certificado de matrimonio)..
17. Otra evidencia por ejemplo declaraciones firmadas por personas con conocimiento de su fecha de nacimiento.
18. Licencia de Conducir.

INFORMACIÓN RESPECTO A LA PENSIÓN DE ESPOSO Y ESPOSA

Si usted está legalmente casado/a a la Fecha de Inicio de su Anuidad, el Plan de Pensión requiere que su pensión sea pagada en la forma de una Pensión de Esposo y Esposa, a menos que usted haya presentado oportunamente una elección de renunciar a esa forma de pago y su cónyuge ha dado su consentimiento a tal renuncia por escrito.

La Pensión de Esposo y Esposa es un porcentaje del beneficio pagadero como pensión sobre una sola vida que considera la expectativa de vida de ambas partes. La cantidad menor pagadera al participante es a cambio de la garantía que después de la muerte de éste, el cónyuge seguirá recibiendo durante el resto de su vida el beneficio mensual del participante al 50%, 75% ó 100% según la opción que el Participante haya elegido en el retiro. Por ejemplo: supongamos un beneficio de Retiro mensual Regular, en Servicio o Anticipado de \$1,086.50 pagadero como pensión de una sola vida (sólo durante la vida del Participante) y que el cónyuge tiene la misma edad que el Participante. El Plan de Pensión especifica una Pensión de Esposo y Esposa del 92% de \$1,086.50 (se aplican factores diferentes en Pensiones por Incapacidad) que es igual a \$1,000.00 por mes mientras viva el Participante. El mes siguiente a la muerte del éste, el cónyuge seguirá recibiendo un beneficio mensual de \$500.00, \$750.00 o \$1,000.00 durante el resto de su vida, dependiendo de la opción elegida en el retiro. Si su cónyuge falleciera antes que usted, su cantidad de pensión se convertirá a la cantidad pagadera en una pensión sobre una sola vida o \$1,086.50 del ejemplo anterior.

Debe consultar el Artículo 7 del Plan de Pensión para una explicación completa de los términos y condiciones que afectan la Pensión de Esposo y Esposa.



LABORERS PENSION TRUST FUND FOR NORTHERN CALIFORNIA

220 Campus Lane ♦ Fairfield, California 94534-1498

Teléfono: (707) 864-2800 ♦ Gratuitamente: 800-244-4530

SOLICITUD DE PENSIÓN

INSTRUCCIONES

- | | |
|--|--|
| <p>A. Por favor lea cada pregunta atentamente.</p> <p>B. USE LETRA DE MOLDE en toda la información.</p> <p>C. Cerciórese de contestar todas las preguntas completa y precisamente. No se puede dar Servicio Acreditado por periodos de empleo que no se reporten en su solicitud. También, las respuestas completas y precisas evitaran demoras en el procesamiento de su solicitud.</p> | <p>D. Adjunte hojas adicionales si necesita más espacio para contestar alguna pregunta.</p> <p>E. ASEGÚRESE DE FIRMAR Y PONER FECHA A LA SOLICITUD.</p> <p>F. La solicitud completada y la prueba de edad debe entregarse a la Oficina del Fondo. Ninguna Unión, Empleador u otra oficina tiene autorización para aceptar o recibir la solicitud a nombre del Fondo.</p> |
|--|--|

INFORMACION PERSONAL

NOMBRE (Apellido)		(Primer)	(Inicial Media)	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:	
DOMICILIO (Calle)		(Ciudad)	(Estado)	(Código Postal)	NÚMERO DE TELÉFONO: ()
FECHA DE NACIMIENTO	MES / DÍA / AÑO	Número de Unión Local Actual:	Número de Libro de Unión:	Número de IBM:	
Fecha Original de Inicio en el Unión:		Fecha de jubilación o plan de jubilarse:	Fecha que trabajó o trabajará, por ultima vez en Empleo Cubierto:		
Nombre de su empleador Mas reciente:					

MIEMBRESÍA EN LA UNIÓN

Enumere debajo su historia de membresía con la Unión en la Unión Internacional de Obreros de América del Norte, AFL y CIO

NÚMERO DE UNIÓN LOCAL	NÚMERO DE LIBRO DE UNIÓN	CIUDAD - ESTADO	Fechas de Membresía	
			DE Mes/Año	A Mes/Año

[SI NECESITA MÁS ESPACIO, ADJUNTA HOJAS ADICIONALES]

PENSIÓN DE INCAPACIDAD (Si solicita una Pensión de Inhabilidad, complete lo siguiente)

Fecha de en que se incapacitó por vez primera:	NATURALEZA DE SU INCAPACIDAD – (Explique abajo)
¿Desde esta la fecha en que se incapacito por vez primera, ha participado en algún trabajo? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Si recibió beneficios temporales de Compensación de los Trabajadores, indique la fecha que recibió este beneficio. Mes/Año ☞	
¿Ha solicitado los beneficios de Seguro Social? <input type="checkbox"/> SÍ ¿Cuándo? Mes/Dia/Año ☞ <input type="checkbox"/> NO Explique porque:	¿Se le aprobaron o negaron los beneficios de Incapacidad del Seguro Social? <input type="checkbox"/> APROBADAS adjunta una fotocopia de la aprobación de beneficios <input type="checkbox"/> NEGADOS adjunta una fotocopia de la negativa IMPORTANTE: el Aviso de Aprobación o Negativa de la Administración de Seguro Social deberá estar en los expedientes antes de que podamos tomar ninguna medida respecto a su solicitud.

HISTORIA DE EMPLEO

Usted puede reclamar crédito de empleo anterior de la fecha de 1° de agosto de 1962 en que se estableció el Plan de Pensión (Servicio Acreditado Anterior de acuerdo a la Sección 6.02 del Plan) por trabajo como Obrero en la Industria de Edificios y Construcción en los 46 Condados del Norte de California y por los cuales anteriormente no se le haya dado crédito. Por favor liste todos estos empleos abajo. Este reclamo deberá venir acompañado de evidencia documentaria de tal empleo.

CLASSIFICACIÓN DE PUESTO	NOMBRE DEL EMPLEADOR	DIRECCIÓN	Fechas de Empleo	
			DE Mes/Año	A Mes/Año

[SI NECESITA MÁS ESPACIO, ADJUNTA HOJAS ADICIONALES]

CRÉDITO POR SERVICIO MILITAR

Si prestó servicios en las Fuerzas Armadas de Estados Unidos en algún momento después de que empezó a trabajar como Obrero, por favor indique las fechas abajo y entregue una copia de sus documentos de baja (Formulario DD-214).

RAMA	DE	A

PERÍODOS SIN-TRABAJO DESPUÉS DEL 1 DE AGOSTO DE 1962

Si se incapacitó en algún momento después del 1° de agosto de 1962, pudiera recibir crédito por los períodos de tiempo después de esa fecha en que no estuvo trabajando al contestar las siguientes preguntas:

¿Solicitó los beneficios del Seguro de Incapacidad del Estado de California después del 1° de agosto de 1962?

SÍ (Si contestó "Sí", indique fechas DE y Abajo en que recibió los pagos) NO

DE	A	DE	A

¿Solicitó beneficios de incapacidad de Compensación de los Trabajadores después del 1° de agosto de 1962?

SÍ (Si contestó "Sí", indique fechas DE y Abajo en que recibió los pagos) NO

DE	A	DE	A

EMPLEO DESPUÉS DE LA EDAD NORMAL DEL JUBILADO (EDAD DE 65 AÑOS)

Si tiene 65 años o más, DEBE indicar su situación de trabajo por cada mes desde que cumplió 65 años. Enumere los meses en que haya participado en CUALQUIER empleo a cambio de sueldo o lucro de 40 horas o más en la industria de Edificios y Construcción.

MES/AÑO	NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR

(Ponga una X si no participó en ningún empleo). NO he tenido ningún empleo en la Industria de Edificios y Construcción desde los 65 años.

ESTADO CIVIL ACTUAL

SOLTERO CASADO (Si está legalmente casado/a, dé el nombre, la dirección, la fecha de nacimiento y número de Seguro Social de su cónyuge e incluya una copia de su Certificado de Matrimonio y prueba de edad de su cónyuge)

NOMBRE DE Cónyuge: Primero Inicial Media Apellido

DIRECCION DEL Cónyuge SI ES DIFERENTE A LA SUYA: Calle Estado Código Postal

FECHA DE NACIMIENTO DE Cónyuge: Mes Día Año NUMERO DE SEGURO SOCIAL DE Cónyuge:

ESTADO CIVILES ANTERIORES

IMPORTANTE: Esta información se requiere para proteger los intereses del Fondo así como los de usted.

Si estuvo casado/a en algún período en que ganó Servicio Acreditado y Unidades de Beneficios de acuerdo al Plan y luego se divorció, su ex-cónyuge tiene una propiedad comunitaria potencial en la parte de su beneficio total que haya acumulado durante el matrimonio.

Entregue copias del Documento de Juicio de Disolución y del Juicio Interlocutorio, del convenio de finiquito de propiedad o cualquier otra orden del tribunal que se relacione a la disposición de este bien. Enumere las fechas matrimonio y de separación así como el nombre de su cónyuge anterior y su domicilio actual abajo.

NOMBRE DE EX- CÓNYUGUE	DOMICILIO	FECHAS DE	
		MATRIMONIO	SEPARACIÓN

DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE

Por este medio solicito una pensión del Fondo de Fideicomiso Pensión de los Obreros del Norte de California.

Certifico bajo pena de perjurio que todas las declaraciones anteriores son completas, ciertas y correctas. Entiendo que una declaración falsa me podría descalificar de los beneficios de pensión y que los Fideicomisarios tendrán el derecho de recuperar cualquier pago hecho a mí debido a una declaración falsa.

Firma 

Fecha:

Cuando presente una solicitud al Plan de Pensión, recibirá una carta de acuse de recibo. Si se requiere alguna información adicional, se le avisará. Incluya su número de Seguro Social en su correspondencia con la Oficina del Fondo. Se le notificará por escrito de la decisión tomada por el Consejo de Fideicomisarios sobre su solicitud.

La Fecha de Inicio de la Pensión de Anuidad es el primer día del mes siguiente al mes calendario en que se reciba su Solicitud siempre y cuando haya cumplido con todas las condiciones para tener derecho a los beneficios. Por ejemplo, si trabajó por última vez como Obrero en enero pero no presentó una Solicitud sino hasta marzo, su beneficio de Pensión se iniciará el 1° de abril. La Fecha de Inicio de la Anuidad por Pensión de Incapacidad es diferente.

Vea en el Artículo I, Sección 1.03 y el Artículo 9, Sección 9.01 la explicación completa de términos y condiciones que afectan la Fecha de Inicio de la Pensión de Anuidad y la presentación de una Solicitud de Pensión