



**Formulario de Inscripción
 Plan de Anuilidad del Hospital Ryder Memorial**

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL MIEMBRO: _____

Al completar y enviar este formulario, solicito membresía en el Plan de Anualidad del Hospital Ryder Memorial, de acuerdo con sus disposiciones, reglas y procedimientos.

INFORMACIÓN PERSONAL

Numero de Seguro Social (SSN): _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Género: [] M [] F Título: [] Rvdo./Rvda. [] Dr./Dra. [] Sr. [] Sra. [] Srta.

Nombre (Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre):

Dirección Postal: _____ Ciudad _____

Código Postal _____

Teléfono: móvil: (____) ____ - ____ Residencial: (____) ____ - ____

Correo electrónico: _____

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE / SOCIO (si corresponde)

Nombre del cónyuge / pareja (apellido, nombre, inicial del segundo nombre):

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SSN): _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Fecha de matrimonio: ____/____/____

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Tipo de Empleado: [] Clero [] Laico Fecha de inicio de Empleo: ____/____/____

Solo para el clero: fecha de ordenación: ____/____/____

INFORMACIÓN DE COMPENSACIÓN / SALARIO

Fecha de vigencia del salario: ____/____/____

Salario: \$ _____

Tenga en cuenta que cualquier cambio en el salario se ingresará el día 1 del mes siguiente a la Fecha de entrada en vigor del salario.

CONTRIBUCIÓN DE LAS CUOTAS DE PENSIÓN

Es mi intención actual y la de mi patrono realizar los siguientes pagos de cuotas de pensión al Plan de Anualidad.

Contribuciones del patrono: _____% Fecha efectiva: ____ / ____ / _____

Contribuciones personales del patrono de reducción de salario antes de impuestos:
_____ % or \$ _____ Fecha efectiva: ____ / ____ / _____

Contribuciones personales del patrono de reducción después de impuestos:
_____ % or \$ _____ Fecha efectiva: ____ / ____ / _____

Tenga en cuenta que cualquier cambio en los montos de las contribuciones se ingresará el primer día del mes siguiente a la fecha de vigencia.

ASIGNACIONES DE INVERSIÓN

	Fondo Balanceado Sostenible	Fondo de Bonos	Fondo de Capital	Fondo de Valor Estable	Fondo del Índice de Sostenibilidad Global	Fondo TAD 2025	Fondo TAD 2030	Fondo TAD 2035	Fondo TAD 2040	Fondo TAD 2045	Fondo TAD 2050	El porcentaje del fondo debe sumar 100%
Asignación de contribuciones futuras (incrementos del 5%)												
1	Aportación del Patrono	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	Total: _____%
2	Aportación del Patrono antes o después de impuestos	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	Total: _____%

Una vez establecida esta cuenta de pensión, recibirá un número de identificación de miembro de siete dígitos que será incluido en su carta de inscripción. Su número de identificación debe ser incluido en cualquier correspondencia enviada al Pension Boards. También se puede utilizar en nuestro sitio web en www.pbucc.org, para acceder el portal de inicio de sesión para miembros. Si no elige un beneficiario, su heredad será el beneficiario principal. Si no indica las asignaciones que desea, todas las aportaciones realizadas en su nombre se invertirán en el Fondo de Fecha de Retiro (o TAD, por sus cifras en inglés) más cerca la fecha anticipada de su retiro, basado en su edad.

INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO:

Beneficiario (s): Por la presente designo a los siguientes beneficiarios primarios o secundarios. Si se designa más de uno, cada Beneficiario sobreviviente recibirá el porcentaje de participación indicado. Tenga en cuenta que si designa a un menor como beneficiario, debe tener un tutor designado por el tribunal de sucesiones para recibir y administrar los beneficios por fallecimiento del menor. No escriba el nombre del tutor en este formulario. **La proporción total de designaciones debe sumar el 100%.**

Nombre (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre): _____

Relación al participante: _____

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SSN): _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / _____

Género: M F

Primario _____% Secundario _____%

Nombre (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre): _____

Relación al participante: _____

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SSN): _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / _____

Género: M F

Primario _____% Secundario _____%

Nombre (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre): _____

Relación al participante: _____

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SSN): _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / _____

Género: M F

Primario _____% Secundario _____%

Nombre (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre): _____

Relación al participante: _____

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SSN): _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / _____

Género: M F

Primario _____% Secundario _____%

* Utilice una hoja separada para cualquier información adicional sobre el beneficiario. Adjunte a la aplicación.

CONSENTIMIENTO DEL CÓNYUGE: Se requiere el consentimiento del cónyuge si el solicitante está casado y no ha designado a su cónyuge como único beneficiario.

Consentimiento del cónyuge:

Por la presente doy mi consentimiento a los beneficiarios mencionados anteriormente designados por mi cónyuge.

Firma del cónyuge: _____ Fecha: ____ / ____ / _____

NOTARIO

Firma del Notario: _____ Fecha: ____ / ____ / _____

Sello del Notario:

ACUERDO EMPLEADO / PATRONO

Al firmar este formulario, el patrono, por su oficial debidamente autorizado u otro representante, por la presente acepta las disposiciones, reglas y procedimientos con respecto a la elegibilidad y las aportaciones como se indica en esta solicitud, y en consonancia con el Acuerdo de Adopción del Patrono.

Firma del Empleado _____ Fecha: ____ / ____ / _____

Nombre de la iglesia u otro patrono:

Teléfono de la persona de contacto:

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ ZIP: _____

Firma oficial: _____ Fecha: ____ / ____ / _____

Título del representante: _____

Envíe este formulario firmado y completado por correo electrónico a: info@pbucc.org; por fax: 212.729.2701; o correo a: Pension Boards-UCC, 475 Riverside Drive, Suite 1020, New York, NY 10115.