



FORMULARIO DE SELECCIÓN DE DISTRIBUCIÓN EN SERVICIO DEL PLAN 457(b)

Complete este *Formulario de Selección de Distribución en Servicio* si tiene o cumplirá 70 ½ años de edad durante el año natural a fin de elegir una distribución en servicio de su cuenta conforme al Plan 457(b) patrocinado y mantenido por su empleador ("Empleador") y administrado por Pension Fund of the Christian Church (Discípulos de Cristo).

- ESCRIBA CLARAMENTE -

I. INFORMACIÓN SOBRE LOS PARTICIPANTES

Nombre del Participante _____ Núm. de Cuenta _____
(nombre) (segundo nombre) (apellido)

☐ Marque aquí si se ha producido algún cambio en su información de contacto registrada.

Dirección Residencial _____

Ciudad _____ Estado _____ País _____ Código Postal _____ - _____

Número de Teléfono Diurno (_____) Dirección de Correo Electrónico _____

Últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social/ITIN _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

II. SELECCIÓN DEL MÉTODO DE PAGO

Elijo que mi cuenta bajo el Plan se pague de la siguiente manera: **[INSERTE LA(S) OPCIÓN(ES) DE DISTRIBUCIÓN MARCADA(S) EN AA § IV.5]**

☐ En un solo pago único.

☐ En pagos fraccionados anuales durante un periodo de _____ años (*debe ser como mínimo de 2 años y como máximo de _____ años*). **[EN EL PARÉNTESIS, INSERTE EL MÁXIMO DEL AA IV.5(b)]**

Su(s) distribución(es) se depositará(n) directamente por ACH en su cuenta bancaria registrada en Pension Fund. Si no tiene una cuenta bancaria registrada, complete la siguiente información y adjunte un cheque "nulo" a esta Solicitud:

Nombre del Banco _____

Dirección Postal del Banco _____

Ciudad _____ Estado _____ País _____ Código Postal _____ - _____

Número de Teléfono (_____) _____

Su Núm. de Cuenta _____ Núm. de Ruta Bancaria _____ Cuenta ☐ Cheques ☐ Ahorros

III. CERTIFICACIÓN Y FIRMA DEL PARTICIPANTE

Al firmar este formulario, certifico lo siguiente:

- Entiendo que estoy obligado a proporcionar prueba de mi edad con **una copia de mi certificado de nacimiento, pasaporte, licencia de conducir o tarjeta de identificación emitida por el estado con este Formulario.**
- Acepto estar sujeto a todas las condiciones del Plan que rigen mi opción de distribución, vigentes en el momento en que se procese mi distribución.
- Entiendo que la información personal proporcionada en este formulario será utilizada por Pension Fund para procesar mis selecciones y proveer servicios de participante bajo el Plan.
- Entiendo que Pension Fund procesará mi solicitud de distribución únicamente si soy un participante que actualmente tiene derecho a recibir una distribución bajo el Plan.

- Certifico que la información proporcionada en este formulario es exacta. Me comprometo a notificar oportunamente a Pension Fund sobre cualquier cambio que se produzca en la información facilitada en este formulario.
- Entiendo que debo completar un formulario W-4 y devolverlo con este formulario y que si no lo hago, Pension Fund retendrá de mi distribución como si fuera soltero sin subvenciones. Entiendo, además, que debo completar un certificado de retención de impuestos estatales para mi estado de residencia, y que si vivo en un estado que exige la retención de impuestos estatales sobre ingresos, Pension Fund retendrá la cantidad requerida.

Firma del Solicitante _____ **Fecha** ____/____/____

Pension Fund of the Christian Church

P.O. Box 6251, Indianápolis, Indiana 46206-6251

Teléfono Gratuito: 1.866.495.7322 - Teléfono: 317.634.4504 - Fax: 317.634.4071

Correo Electrónico: pfcc1@pensionfund.org - Página Web: www.pensionfund.org