



Este formulario de *Acuerdo de Reducción Salarial del Plan 457(b)* se celebra entre el empleado abajo firmante ("Empleado") del empleador identificado a continuación ("Empleador") a fin de que se realicen contribuciones de reducción salarial a la cuenta del Empleado bajo el Plan 457(b) patrocinado y mantenido por el Empleador y administrado por Pension Fund of the Christian Church (Discípulos de Cristo).

SELECCIONE UNO: ☐ Nueva Inscripción ☐ Cambio de Selección ☐ Rescisión de Contrato

**I. AUTORIZACIÓN PARA EFECTUAR, MODIFICAR O SUSPENDER
LAS CONTRIBUCIONES DE REDUCCIÓN SALARIAL**

IMPORTANTE: SUS SELECCIONES DEBEN SER CONSISTENTES CON LOS TÉRMINOS DEL DOCUMENTO DEL PLAN.

- ☐ Por la presente, instruyo a mi Empleador que reduzca mi salario *antes de impuestos* por la cantidad indicada a continuación y que contribuya esta cantidad al Plan (*introduzca una cantidad entera en dólares o un porcentaje, según permitido bajo el Plan*):
- ☐ \$ _____ o _____ % de mi compensación (según la definición del Plan) por periodo de pago.
- ☐ \$ _____ o _____ % de mi(s) bonificación(es) (*si lo permite el Plan*).
- ☐ \$ _____ o _____ % de mi salario acumulado por enfermedad, vacaciones o atrasos que me corresponda antes del cese en el empleo (*si lo permite el Plan*).
- ☐ Elijo poner fin a mis contribuciones de reducción salarial al Plan y rescindir cualquier Acuerdo existente bajo el Plan.

Entiendo que el total de mis contribuciones de reducción salarial, cuando se combinan con cualquier contribución del empleador realizada en mi nombre durante un año natural, por lo general no puede superar el límite general establecido en el artículo 457(b) del Servicio de Impuestos Internos (IRS) (*visite www.pensionfund.org para obtener información sobre este límite*).

Entiendo que el Plan puede permitirme realizar una contribución de recuperación para cada uno de los tres últimos años naturales que finalicen antes de yo cumplir 65 años. La contribución de recuperación es hasta el doble del límite general vigente para ese año, pero sólo en la medida en que no haya realizado contribuciones hasta los límites generales para los años anteriores durante los cuales cumplía los requisitos para participar en el Plan. *Si opto por reducir mi salario por encima del límite general para un año natural, lo estoy haciendo bajo la regla de recuperación.*

II. FECHA DE EFECTIVIDAD Y DURACIÓN DEL ACUERDO

- Entiendo que este Acuerdo tendrá efectividad tan pronto como sea administrativamente factible después de que lo firme y lo devuelva a mi Empleador, pero no antes del primer día del mes siguiente a la fecha en que lo firme; entendiéndose, sin embargo, que este Acuerdo entrará en vigor en mi primer día de empleo si firmo y devuelvo el Acuerdo a mi Empleador antes de dicha fecha.
- Entiendo que este Acuerdo continuará de año en año a menos que lo modifique o lo rescinda. Puedo modificar el Acuerdo en cualquier momento presentando un nuevo Acuerdo a mi Empleador, y el cambio será efectivo según lo dispuesto en ese nuevo Acuerdo, pero no antes del primer día del mes siguiente a la fecha en que lo firme. Puedo rescindir el Acuerdo en cualquier momento mediante notificación por escrito a mi Empleador.
- Mi Empleador puede reducir o interrumpir mis contribuciones de reducción salarial en cualquier año en que este Acuerdo esté vigente si es necesario para cumplir con las disposiciones aplicables del Código de Rentas Internas. El presente Acuerdo se rescindirá automáticamente si dejo de trabajar para mi Empleador o si mi Empleador rescinde el Plan, según corresponda.

III. CERTIFICACIONES Y FIRMA DE LOS PARTICIPANTES

Al firmar el presente Acuerdo, certifico lo siguiente:

- Entiendo que este Acuerdo se aplica únicamente con respecto al salario pagado o puesto a mi disposición después de su fecha de efectividad y es legalmente vinculante e irrevocable con respecto al salario pagado o puesto a mi disposición mientras el Acuerdo esté en vigor. Por lo tanto, las cantidades previamente retenidas de mi salario bajo los términos de este Acuerdo no podrán serme devueltas a menos que reúna los requisitos para una distribución bajo los términos del Plan.
- Autorizo a mi Empleador a divulgar u obtener de Pension Fund cualquier información que razonablemente pueda necesitar para calcular mis límites de contribución o para administrar mi cuenta bajo el Plan. Entiendo que la información personal proporcionada en este formulario será utilizada por Pension Fund para proveer servicios de participante bajo el Plan.
- Entiendo que nada de lo contenido en el presente Acuerdo se considerará que constituye un acuerdo de empleo, y nada de lo contenido en él se considerará que me da derecho a la continuación de un empleo con mi empleador.
- Reconozco que ni mi Empleador ni Pension Fund garantizan el rendimiento o la idoneidad de ninguna inversión y no serán responsables de ninguna sanción o consecuencia fiscal derivada del presente Acuerdo.
- Acepto estar sujeto a todos los términos del Plan, según se modifique periódicamente, y por todas las políticas y procedimientos administrativos adoptados por mi Empleador y Pension Fund con respecto al Plan.

Firma del Empleado _____ **Fecha** ____/____/____

Nombre en Letra de Molde _____

IV. ACEPTACIÓN POR EL EMPLEADOR

Yo, un representante autorizado del Empleador, certifico que las contribuciones de reducción salarial serán remitidas a Pension Fund tan pronto como sea factible administrativamente después de que las contribuciones sean retenidas del salario del Empleado.

Firma del Representante del Empleador _____ **Fecha** ____/____/____

Nombre en Letra de Molde _____

Pension Fund of the Christian Church

P.O. Box 6251, Indianapolis, 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