



FORMULARIO DE OPCIONES DEL MIEMBRO MINISTERIAL PARA PARTICIPAR EN EL PLAN DE PENSION

Este Formulario de Opciones del Miembro Ministerial para Participar en el Plan de Pensión debe completarse si usted es un pastor que está inscrito como miembro en el Plan de Pensión de Pension Fund of the Christian Church (Discípulos de Cristo), pero ha cesado la relación laboral con su empleador y no está empleado por otro empleador que sea elegible para participar en el Plan de Pensión. Si ha cesado la relación laboral con su empleador y está empleado o será empleado por otro empleador elegible para participar en el Plan de Pensión, complete el Formulario de Cambio de Empleador/Adición de Empleador del Plan de Pensión en lugar de este formulario.

—ESCRIBA CLARAMENTE—

I. INFORMACIÓN SOBRE EL MIEMBRO

Nombre del Miembro _____ Núm. de Ref. del Miembro _____
(nombre) (segundo nombre) (apellido)

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

Dirección Residencial _____

Ciudad _____ Estado _____ País _____ Código Postal _____ - _____

Número de Teléfono _____ Dirección de Correo Electrónico _____

II. OPCIONES DEL MIEMBRO

Complete la sección siguiente que aplique, para informar a Pension Fund sobre las condiciones de su participación continuada en el Plan de Pensión, si existiera alguna.

A. COMPLETE ESTA SECCION SI ESTA ESPERANDO UN LLAMADO MINISTERIAL.

Elijo la siguiente opción para mi participación en el Plan de Pensión:

☐ No pagaré ninguna cuota durante un máximo de tres meses o hasta que me contrate un empleador con derecho a participar en el Plan de Pensión. *Entiendo que tendré derecho a los beneficios por fallecimiento e invalidez del Plan de Pensión durante un máximo de tres meses bajo esta selección. Si a partir de ese momento no pago las cuotas o no son pagas en mi nombre, entiendo que mi participación quedará inactiva y ya no tendré derecho a los beneficios por fallecimiento e incapacidad ni al ajuste por jubilación tardía bajo el Plan de Pensión.*

☐ Pagaré (marque una opción) cuotas ☐ completas del 14% o cuotas ☐ parciales del 6% como contribución del empleado después de impuestos sobre una Compensación Base de \$ _____. **Las cuotas parciales darán como resultado una pensión de aproximadamente el 25% de la pensión que recibiría si hubiera pagado las cuotas completas.** *Entiendo que mi Compensación Base a estos efectos no puede ser superior a la Compensación Base vigente cuando cesó mi relación laboral con mi empleador ni inferior a \$125 al mes. Entiendo que no puedo enviar cuotas al Plan de Pensión bajo esta opción durante un periodo superior a cinco años a partir de la fecha del cese en mi empleo.*

B. COMPLETE ESTA SECCIÓN SI HA SIDO CONTRATADO POR UNA ORGANIZACIÓN SIN FINES DE LUCRO CONFORME A LA SECCIÓN 501(c)(3) DEL CÓDIGO DE INGRESOS INTERNOS Y PRESTA SERVICIOS PARA ESTA ORGANIZACIÓN EN EL EJERCICIO DE SU MINISTERIO.

Su empleador también deberá completar un Acuerdo de Participación.

Empleador _____ Fecha de Contratación ____/____/____

Dirección Postal _____

Ciudad _____ Estado _____ País _____ Código Postal _____ - _____

Nombre de Contacto _____

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

Puesto del Miembro _____

La Compensación Base total mensual sobre la que se pagarán las cuotas es de \$ _____. **IMPORTANTE: Las cuotas solo pueden pagarse sobre el salario recibido por usted por la prestación de servicios en el ejercicio de su ministerio.**

Elijo la siguiente opción para mi participación en el Plan de Pensión:

☐ Mi empleador pagará cuotas completas equivalentes al 14% de la Compensación Base como contribución del empleador.

☐ Mi empleador pagará cuotas equivalentes al _____ % de la Compensación Base como contribución del empleador, y yo pagaré cuotas equivalentes al _____ % de la Compensación Base como (marque una opción) ☐ una contribución como empleado *antes de impuestos* o ☐ una contribución como empleado *después de impuestos*.

☐ Pagaré una contribución como empleado igual a las (marque una opción) ☐ cuotas completas del 14% de la Compensación Base o ☐ cuotas parciales del 6% de la Compensación Base. Pagaré la contribución como empleado (marque una opción) ☐ *antes de impuestos* o ☐ *después de impuestos*. **Las cuotas parciales darán como resultado una pensión de aproximadamente el 25% de la pensión que recibiría si se hubieran pagado las cuotas completas.**

LAS SELECCIONES ANTERIORES DEBEN ESTAR PERMITIDAS POR EL ACUERDO DE PARTICIPACIÓN DEL EMPLEADOR.

☐ Condición de inactividad voluntaria. Entiendo que, si elijo esta opción, **mi participación pasará a estar inactiva y ya no podré optar por los beneficios por fallecimiento e incapacidad ni por el ajuste por jubilación tardía de los beneficios bajo el Plan de Pensión.** Asimismo, entiendo que mis créditos de pensión acumulados se fijarán en el punto en que cesaron las cuotas, y que se pagará una pensión de jubilación por edad por el importe de estos créditos de pensión acumulados, así como una pensión de cónyuge sobreviviente por el importe del 50% de estos créditos de pensión acumulados, incluso si mi fallecimiento tome lugar antes de jubilarme. Los créditos de pensión acumulados pueden aumentar con las aportaciones especiales que, conceda la Junta Directiva de Pension Fund. **También entiendo que, si vuelvo a trabajar para un empleador elegible, puedo reactivar mi participación al Plan de Pensión.**

C. COMPLETE ESTE APARTADO SI ESTÁ O VA A ESTAR EMPLEADO POR UNA EMPRESA CON FINES DE LUCRO Y PRESTA SERVICIOS PARA ESA ORGANIZACIÓN EN EL EJERCICIO DE SU MINISTERIO.

Empleador _____ Fecha de Contratación ____/____/____

Dirección Postal _____

Ciudad _____ Estado _____ País _____ Código Postal _____ - _____

Nombre de Contacto _____

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

Cargo del Miembro _____

La Compensación Base total mensual sobre la que se pagarán las cuotas es de \$ _____. **IMPORTANTE: Las cuotas solo pueden pagarse sobre el salario recibido por usted por la prestación de servicios en el ejercicio de su ministerio.**

Elijo la siguiente opción para mi participación al Plan de Pensión:

☐ Pagaré una contribución como empleado *después de impuestos* igual a las (marque una opción) ☐ cuotas completas del 14% de la Compensación Base o cuotas ☐ parciales del 6% de la Compensación Base. **Las cuotas parciales darán como resultado una pensión que es aproximadamente el 25% de la pensión que recibiría si hubiera pagado las cuotas completas.**

☐ Condición de inactividad voluntaria. Entiendo que, si elijo esta opción, **mi afiliación pasará a estar inactiva y ya no podré optar por los beneficios por fallecimiento e incapacidad ni por el ajuste por jubilación tardía de los beneficios obtenibles bajo el Plan de Pensión.** Asimismo, entiendo que mis créditos de pensión acumulados se fijarán en el punto en que cesaron las cuotas, y que se pagará una pensión de jubilación por edad por el importe de estos créditos de pensión acumulados, así como una pensión de cónyuge sobreviviente por el importe del 50% de estos créditos de pensión acumulados, incluso si mi fallecimiento tome lugar antes de jubilarme. Los créditos de pensión acumulados pueden aumentar con las aportaciones especiales que, conceda la Junta Directiva de Pension Fund. **También entiendo que, si vuelvo a trabajar para un empleador elegible, puedo reactivar mi participación al Plan de Pensión.**

D. COMPLETE ESTA SECCIÓN SI TRABAJA POR CUENTA PROPIA Y PRESTA SERVICIOS EN EL EJERCICIO DE SU MINISTERIO.

☐ Pagaré una contribución como empleado igual a las (marque una opción) ☐ cuotas completas del 14% de la Compensación Base o cuota ☐ parciales del 6% de la Compensación Base. Pagaré la contribución como empleado (marque una opción) ☐ *antes de impuestos* o ☐ *después de impuestos*. **Las cuotas parciales darán lugar a una pensión que será aproximadamente el 25% de la pensión que recibiría si se hubieran pagado las cuotas completas. Las cuotas solo pueden pagarse sobre los ingresos obtenidos por la prestación de servicios en el ejercicio de su ministerio como pastor por cuenta propia.**

☐ Condición de inactividad voluntaria. Entiendo que si elijo esta opción, **mi afiliación pasará a estar inactiva y ya no podré optar por los beneficios por fallecimiento e incapacidad ni por el ajuste por jubilación tardía de los beneficios obtenibles bajo el Plan de Pensión.** Asimismo, entiendo que mis créditos de pensión acumulados se fijarán en el punto en que cesaron las cuotas, y que se pagará una pensión de jubilación por edad por el importe de estos créditos de pensión acumulados, así como una pensión de cónyuge sobreviviente por el importe del 50% de estos créditos de pensión acumulados, incluso si mi fallecimiento tome lugar antes de jubilarme. Los créditos de pensión acumulados pueden aumentar con las aportaciones especiales que concedan la Junta Directiva de Pension Fund. **También entiendo que, si vuelvo a trabajar para un empleador elegible, puedo reactivar**

mi participación al Plan de Pensión.

E. COMPLETE ESTE APARTADO SI YA NO PRESTA SERVICIOS EN EL EJERCICIO DE SU MINISTERIO.

☐

Condición de inactividad voluntaria. Entiendo que, si elijo esta opción, **mi participación pasará a estar inactiva y ya no podré optar por los beneficios por fallecimiento e incapacidad ni por el ajuste por jubilación tardía de los beneficios obtenibles bajo el Plan de Pensión.** Asimismo, entiendo que mis créditos de pensión acumulados se fijarán en el punto en que cesaron las cuotas, y que se pagará una pensión de jubilación por edad por el importe de estos créditos de pensión acumulados, así como una pensión de cónyuge sobreviviente por el importe del 50% de estos créditos de pensión acumulados, incluso si mi fallecimiento tome lugar antes de jubilarme. Los créditos de pensión acumulados pueden aumentar con las aportaciones especiales que conceda la Junta Directiva de Pension Fund. **También entiendo que, si vuelvo a prestar servicio ministerial o vuelvo a ser empleado por un empleador elegible, puedo reactivar mi participación al Plan de Pensión.**

III. CERTIFICACIÓN Y FIRMA DEL EMPLEADO

Al firmar este Formulario, certifico lo siguiente:

- Certifico que la información proporcionada en este formulario es exacta. Me comprometo a notificar oportunamente a Pension Fund cualquier cambio en la información proporcionada en este formulario, incluidos los cambios en mi Compensación Base y en la forma en que se pagarán las cuotas. Entiendo que el hecho de no proporcionar información precisa y oportuna puede dar lugar a una reducción de mis beneficios.
- Entiendo que las contribuciones solo pueden remitirse al Plan de Pensión sobre los ingresos que recibo de mi empleador o a través de mi trabajo por cuenta propia por la prestación de servicios en el ejercicio de mi ministerio, y que debo tener credenciales ministeriales vigentes en mis archivos para continuar mi participación en el Plan de Pensión según las opciones A, B, C y D.
- Si continúo mi participación en el Plan de Pensión bajo la opción B o la opción C anteriores, declaro que cualquier aportación realizada por mí o a mi nombre a un plan de jubilación independiente patrocinado por mi empleador que no sea un plan de la Iglesia no tiene en cuenta la misma compensación que se utiliza para determinar mis cuotas bajo el Plan de Pensión.

Firma _____ Fecha _____ / _____ / _____

IV. CERTIFICACIÓN Y FIRMA DEL EMPLEADOR [complete si se elige la Opción B en la Sección II].

Certifico que estoy autorizado a firmar este formulario de Opciones del Miembro Ministerial para Participar en el Plan de Pensión a nombre del Empleador del miembro. Certifico que ya se ha presentado un Acuerdo de Participación a nombre del Empleador o que se presenta simultáneamente con este formulario, y que el miembro es elegible para participar en el Plan de Pensión según los términos del Plan de Pensión y del Acuerdo de Participación.

Certifico que la información proporcionada en la Sección II, opción B, de este formulario es exacta y que se adjunta a este formulario el pago de la cuota inicial a nombre del miembro, según lo dispuesto en la Sección II. Me comprometo a notificar oportunamente a Pension Fund todo cambio que se produzca en la información proporcionada en la Sección II, incluida la Compensación Base del miembro y la forma en que se pagarán las cuotas. Asimismo, me comprometo a notificar de inmediato a Pension Fund si el miembro deja de trabajar para el Empleador.

Fecha de Inicio de la Participación del Miembro _____ / _____ / _____

Firma del Representante del Empleador _____ Fecha _____ / _____ / _____

Nombre en Letra de Molde _____

ENVÍE EL FORMULARIO CON EL PAGO DE LA CUOTA INICIAL A:

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

Fecha de Afiliación _____ / _____ / _____ Cuota Inicial Remitida \$ _____

[No escriba en esta casilla, destinada al uso exclusivo de Pension Fund.]