



- ESCRIBA CLARAMENTE -

I. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre ☐ Sr. ☐ Sra. ☐ Sra. _____
☐ Ms. ☐ Rev. ☐ Dr. (nombre) (segundo nombre) (apellido)
Número de Seguro Social/ITIN ____ - ____ - ____ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____ Género: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ No binario
Dirección Residencial _____
Ciudad _____ Estado _____ País _____ Código Postal _____
Teléfono Residencial (____) _____ Teléfono de Trabajo (____) _____ Teléfono Móvil _____
Dirección de Correo Electrónico _____
Ciudadanía: ☐ EE. UU. ☐ Otros: _____ *Si no es ciudadano de EE. UU., debe tener un ITIN para inscribirse.*
Si es Pastor, marque uno: ☐ Ordenado ☐ Comisionado ☐ Licenciado Fecha de ordenación/comisión/licencia ____ / ____ / ____
Marque si aplica: ☐ Pastor Autónomo ☐ Estudiante bajo el Programa de Membresía de Regalo para Estudiantes
Empleador _____ Contacto con el Empleador _____
Ciudad _____ Estado _____ País _____ Código Postal _____ - ____
Puesto del Solicitante _____ Fecha de Contratación ____ / ____ / ____ Fecha en que se iniciarán las cuotas ____ / ____ / ____

II. INFORMACIÓN SOBRE LAS CUOTAS

Como miembro, las cuotas se pagarán al Plan de Pensión a su nombre, conforme al Acuerdo de Participación de su empleador como porcentaje de su Compensación Base. Consulte el *Formulario de Cómputo de Recursos de Compensación Base* para obtener ayuda para determinar su compensación base.

Porcentaje de la Cuota del Empleador. Mi empleador contribuirá con cuotas como empleador, equivalentes a _____ % de mi Compensación Base.

Porcentaje de la Cuota del Miembro. Indique si el Contrato de Participación de su empleador (i) permite a cada miembro elegir un porcentaje distinto de cuotas de membresía antes de impuestos, (ii) permite elegir entre cuotas de membresía antes de impuestos o después de impuestos, y/o (iii) permite a cada miembro elegir un porcentaje distinto de la Compensación Base para determinar las cuotas. *Marque la casilla que aplique.*

- ☐ Mi empleador reducirá mi salario de conformidad con (i) el Acuerdo de Participación de mi empleador con Pension Fund o (ii) el acuerdo de reducción salarial que he suscrito con mi empleador para realizar aportaciones antes de impuestos del miembro al Plan de Pensión.
- ☐ Por este medio doy instrucciones a mi empleador de que reduzca mi salario antes de impuestos en un _____ % de mi Compensación Base. *Las cuotas del empleador y del miembro en conjunto deben sumar un 14% si usted es Pastor y al menos un 6% si no es Pastor. Su empleador recibirá una copia de este Formulario de Inscripción para reflejar el acuerdo de contribución salarial entre usted y su empleador.*

Tratamiento Fiscal de las Cuotas del Miembro.

Las cuotas del miembro se pagarán como (marque una opción)

- ☐ una contribución del empleado *antes de impuestos*
☐ una contribución del empleado *después de impuestos*

Compensación Base. Mi Compensación Base utilizada para determinar las cuotas es de \$ _____.

LAS SELECCIONES ANTERIORES DEBEN ESTAR PERMITIDAS POR EL ACUERDO DE PARTICIPACIÓN DEL EMPLEADOR. LAS CUOTAS DEL MIEMBRO SERÁN RETENIDAS DE SU NÓMINA Y PAGADAS POR SU EMPLEADOR AL PLAN DE PENSIÓN.

III. INFORMACIÓN FAMILIAR PARA LOS BENEFICIOS DEL SOBREVIVIENTE

Marque el Estado Civil/Pareja: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Pareja Doméstica Cualificada
Género del Cónyuge/Pareja ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ No binario
Nombre del Cónyuge/Pareja _____ Número de Seguro Social/ITIN ____ - ____ - ____
(nombre) (segundo nombre) (apellido)
Fecha de Nacimiento del Cónyuge/Pareja ____ / ____ / ____ Nacionalidad: ☐ EE. UU. ☐ Otra Nacionalidad _____
Complete para cada uno de los **Hijos Naturales** o **Legalmente Adoptados** del solicitante que sean menores de 21 años:

	Nombre (nombre, segundo nombre, apellido)	Fecha de Nacimiento	Género	Número de Seguro Social/ITIN
1		/ /		- - - - -

2		/	/		-	-	
3		/	/		-	-	

Nombre del Primer Progenitor Vivo _____
 (nombre) (segundo nombre) (apellido)

Dirección Residencial _____

Ciudad _____ Estado _____ País _____ Código Postal _____ - _____

Número de Seguro Social/ITIN _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Nombre del Segundo Progenitor Vivo _____
 (nombre) (segundo nombre) (apellido)

Dirección Residencial _____

Ciudad _____ Estado _____ País _____ Código Postal _____ - _____

Número de Seguro Social/ITIN _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

IV. CERTIFICACIÓN Y FIRMA DEL SOLICITANTE

Al firmar este Formulario de Inscripción, certifico lo siguiente:

- Acepto estar sujeto a todos los términos del Plan de Pensión, en su forma enmendada periódicamente, y por todas las políticas y procedimientos administrativos adoptados por Pension Fund con respecto al Plan de Pensión.
- Entiendo que puedo acceder al Manual de Recursos para Miembros del Plan de Pensión y a otra información relativa al Plan de Pensión por vía electrónica visitando la página web www.pensionfund.org, y que también puedo solicitar a Pension Fund que me envíe por correo un ejemplar del Manual de Recursos para Miembros del Plan de Pensión.
- Certifico que la información provista en este Formulario de Inscripción es exacta, incluido mi número de Seguro Social/ITIN. Me comprometo a notificar a tiempo a Pension Fund cualquier cambio en la información provista en este Formulario, **incluidos los cambios en la cantidad o el tipo de cuotas, en mi estado civil/de pareja y en la situación de mis hijos y padres**. Entiendo que el hecho de no proporcionar información precisa y oportuna puede dar lugar a una reducción de mis beneficios.
- Entiendo que la información personal provista en este formulario de membresía será utilizada por Pension Fund para procesar mi membresía y proveerme los servicios de miembro del Plan de Pensión.
- Entiendo que, si el Acuerdo de Participación de mi empleador permite a los miembros elegir cada uno un porcentaje distinto de cuotas de empleado antes de impuestos, y decido cambiar mis selecciones reflejadas en este Formulario de Inscripción o en un acuerdo de reducción salarial separado con mi empleador, debo completar y enviar un Acuerdo de Contribución Salarial a mi Empleador que refleje ese cambio antes de la fecha en que empieza el cambio a ser vigente.
- Entiendo que puedo designar beneficiarios para todos los beneficios del Plan de Pensión que no sean pagaderos de otro modo según los términos del Plan de Pensión, presentando un *Formulario de Designación de Beneficiarios* y que, si no completo un *Formulario de Designación de Beneficiarios*, se aplicarán las reglas de beneficiarios predeterminadas del Plan de Pensión.
- Entiendo que Pension Fund y el Plan de Pensión están exentos de los requisitos de registro, regulación e información de la Ley de Valores de 1933 (*Securities Act of 1933*), la Ley de Intercambio de Valores de 1945 (*Securities Exchange Act of 1945*), la Ley de Sociedades de Inversión de 1940 (*Investment Company Act of 1940*) y las leyes estatales sobre valores. Los miembros y beneficiarios no gozan de la protección de dichas leyes con respecto a su participación en el Plan de Pensión.
- He adjuntado los siguientes documentos para completar mi solicitud, según aplique:
 - ✓ Copia de mi certificado de nacimiento, pasaporte, permiso de conducir o documento de identidad expedido por el Estado
 - ✓ Formulario de Designación de Beneficiarios
 - ✓ Copia de mis credenciales ministeriales actuales, si soy Pastor
 - ✓ Copia de mi certificado de matrimonio/evidencia de matrimonio, si estoy casado
 - ✓ *Declaración Jurada de Pareja Doméstica Cualificada* con la documentación que requiere, si tengo una pareja doméstica cualificada

Firma del solicitante _____ Fecha ____/____/____

ENVÍE EL(LOS) FORMULARIO(S) CON ANEXOS A:

Pension Fund of the Christian Church

P.O. Box 639905, Cincinnati, OH 45263-9905

Teléfono gratuito: 1.866.495.7322 • Teléfono: 317.634.4504 • Fax: 317.634.4071

Correo electrónico: pfcc1@pensionfund.org • Página web: www.pensionfund.org

Número de Membresía _____

Fecha de Inscripción ____/____/____

[No escriba en esta casilla - para uso exclusivo de Pension Fund].