



Complete este *Formulario de Inscripción en la TDRA* para comenzar a participar en la Cuenta de Jubilación con Impuestos Diferidos de Pension Fund of the Christian Church (Discípulos de Cristo) (TDRA).

- ESCRIBA CLARAMENTE -

I. INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE

Nombre ☐ Sr. ☐ Sra. ☐ Sra. _____
☐ Mx. ☐ Rev. ☐ Dr. (nombre) (segundo nombre) (apellido)

Número de Seguro Social/ITIN _____ - - - - - Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____ Género: Masculino ☐ Femenino ☐ No Binario ☐

Estado Civil: ☐ Soltero ☐ Casado Fecha de Nacimiento del Cónyuge ____ / ____ / ____ Género del Cónyuge: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ No Binario ☐

Nombre del Cónyuge _____ Número de Seguro Social/ITIN _____
 (nombre) (medio) (apellido)

Dirección Residencial _____

Ciudad _____ Estado _____ País _____ Código Postal _____

Teléfono Particular (____) _____ Teléfono de Trabajo (____) _____ Teléfono Móvil (____) _____

Dirección de Correo Electrónico _____

Ciudadanía: ☐ EE. UU. ☐ Otra: _____ *Si no es ciudadano de los EE. UU., debe tener un ITIN para inscribirse.*

Si es Pastor, marque uno: ☐ Ordenado ☐ Comisionado ☐ Licenciado Fecha de ordenación/comisión/licencia ____ / ____ / ____

Empleador _____ Ciudad _____ Estado _____

Contacto con el Empleador _____

II. INFORMACIÓN SOBRE LAS CONTRIBUCIONES

La contribución o contribuciones que se enviarán a nombre del solicitante para inscribirse en la TDRA reflejan lo siguiente (*marque uno o más según corresponda*):

- ☐ Contribuciones de reducción salarial *antes de impuestos* o Roth (*después de impuestos*). También debe completar la Sección III o completar y devolver por separado un formulario de reducción salarial provisto por su empleador.
- ☐ Contribuciones del empleador iguales a \$ _____ o _____ %. Las contribuciones del empleador deben estar permitidas bajo el Acuerdo de Participación de su empleador con Pension Fund.
- ☐ Una contribución de reinversión de una cuenta IRA o de un plan de jubilación elegible. También debe completar y enviar una Solicitud de Contribución de Reinversión en la TDRA.
- ☐ Una transferencia libre de impuestos desde otro proveedor bajo el plan 403(b) de su empleador. También debe completar y enviar una Solicitud de Intercambio de Contrato/Transferencia de Plan a Plan a la TDRA.

III. CONTRIBUCIONES DE REDUCCIÓN SALARIAL

Las contribuciones por reducción salarial al TDRA son voluntarias. Para realizar contribuciones por reducción salarial al TDRA, (i) complete esta Sección III y (ii) complete y envíe un Acuerdo de contribución salarial a su empleador. **EN CASO DE CONFLICTO ENTRE SU ACUERDO DE CONTRIBUCIÓN SALARIAL FIRMADO Y ESTA SECCIÓN III, PREVALECERÁ EL ACUERDO DE CONTRIBUCIÓN SALARIAL.**

Deseo que mi empleador reduzca mi salario *antes de impuestos* y/o Roth (*después de impuestos*) en la siguiente cantidad entera en dólares o porcentaje, y que contribuya con esta cantidad a la TDRA:

Antes de impuestos \$ _____ o _____ % por periodo de pago

Roth (después de impuestos)* \$ _____ o _____ % por periodo de pago

TOTAL \$ _____ % por periodo de pago

IMPORTANTE: Independientemente de su elección, a partir de 2026, si su salario sujeto al impuesto FICA del año anterior supera el límite salarial establecido en la sección 414(v)(7)(A) del Código, se considerará que ha elegido que sus aportaciones de recuperación por alcanzar los 50 años se realicen como Roth.

Entiendo que el total de mis contribuciones de reducción salarial (antes de impuestos más contribuciones Roth 403(b)) para un año natural no puede superar los límites aplicables del Servicio de Impuestos Internos. Visite www.pensionfund.org para obtener información sobre estos límites.

IV. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Designa a la persona, fideicomiso o entidad que usted elija para recibir cualquier beneficio pagadero bajo la TDRA en caso de fallecimiento. Si designa a un fideicomiso como beneficiario, incluya el nombre y la dirección del fideicomiso, la fecha de creación del fideicomiso y el nombre del fideicomisario. Usted no está limitado a dos beneficiarios principales y dos contingentes. Para designar beneficiarios adicionales, adjunte y firme una hoja aparte en la que se indiquen los nombres y datos de identificación adicionales.

A menos que se indique lo contrario, los beneficios por fallecimiento se pagarán en partes iguales a los beneficiarios primarios que vivan en el momento de su fallecimiento. Si en el momento de su fallecimiento no vive ningún beneficiario primario, a menos que se indique lo contrario, los beneficios por fallecimiento se pagarán en partes iguales a los beneficiarios contingentes que vivan en el momento de su fallecimiento. Si nombra varios beneficiarios primarios o contingentes y uno de ellos fallece antes que usted, el porcentaje de la participación designada de ese beneficiario se dividirá en partes iguales entre los beneficiarios primarios o contingentes supervivientes, según sea aplicable.

IMPORTANTE: Si no elige a un beneficiario o si los beneficiarios nombrados en este formulario de inscripción no le sobreviven, sus beneficios se pagarán a su cónyuge o, en su defecto, a su sucesión. De no incluir un número de Seguro Social/ITIN y los datos de contacto actuales de cada beneficiario designado, las distribuciones podrían retrasarse en el momento de su fallecimiento.

Beneficiarios Principales <i>El porcentaje total para todos los beneficiarios primarios debe ser igual al 100%.</i>	Porcentaje del Beneficio
Nombre del Individuo o Fideicomiso _____ <small>(nombre, segundo nombre, apellido)</small> Dirección Postal _____ <small>(calle, ciudad, estado, código postal)</small> Teléfono Principal (____) _____ Relación con el Solicitante/Nombre del Fideicomisario _____ Número de Seguro Social/ITIN _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento o de Creación ____ / ____ / ____ Dirección de Correo Electrónico _____	_____ %
Nombre del Individuo o Fideicomiso _____ <small>(nombre, segundo nombre, apellido)</small> Dirección Postal _____ <small>(calle, ciudad, estado, código postal)</small> Teléfono Principal (____) _____ Relación con el Solicitante/Nombre del Fideicomisario _____ Número de la Seguro Social/ITIN _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento o de Creación ____ / ____ / ____ Dirección de Correo Electrónico _____	_____ %
Beneficiarios Contingentes Si todos sus beneficiarios primarios fallecen antes que usted, los beneficios pagaderos en caso de fallecimiento se pagarán a su(s) beneficiario(s) contingente(s). <i>El porcentaje total para todos los beneficiarios contingentes debe ser igual al 100%.</i>	Porcentaje del Beneficio
Nombre del Individuo o Fideicomiso _____ <small>(nombre, segundo nombre, apellido)</small> Dirección Postal _____ <small>(calle, ciudad, estado, código postal)</small> Teléfono Principal (____) _____ Relación con el Solicitante/Nombre del Fideicomisario _____ Número de Seguro Social/ITIN _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento o de Creación ____ / ____ / ____ Dirección de Correo Electrónico _____	_____ %
Nombre del Individuo o Fideicomiso _____ <small>(nombre, segundo nombre, apellido)</small> Dirección Postal _____ <small>(calle, ciudad, estado, código postal)</small> Teléfono Principal (____) _____ Relación con el Solicitante/Nombre del Fideicomisario _____ Número de Seguro Social/ITIN _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento o de Creación ____ / ____ / ____ Dirección de Correo Electrónico _____	_____ %

V. CERTIFICACIÓN Y FIRMA DEL SOLICITANTE

Al firmar este Formulario de Inscripción en la TDRA, certifico lo siguiente:

- Acepto que estoy sujeto a todos los términos de la TDRA, en su forma enmendada periódicamente, y por todas las políticas y procedimientos administrativos adoptados por Pension Fund con respecto a la TDRA.
- Entiendo que puedo encontrar electrónicamente el Manual de Recursos para Miembros de la TDRA y otra información relativa a la TDRA en www.pensionfund.org, y que también puedo solicitar a Pension Fund que me envíe por correo una copia del Manual de Recursos para Miembros de la TDRA.
- Certifico que la información provista en este Formulario de Inscripción en la TDRA es exacta, incluido mi Número de Seguro Social/ITIN. **Acuerdo notificar a tiempo a Pension Fund cualquier cambio en la información provista en este formulario.**
- Entiendo que la información personal provista en este Formulario de Inscripción será utilizada por Pension Fund para procesar mi inscripción y proveer servicios de miembro bajo la TDRA.
- Entiendo que si he elegido completar y enviar un Acuerdo de Contribución Salarial a mi empleador para realizar contribuciones de reducción salarial, mi contribución al TDRA, y que dicha elección solo se aplica con respecto al salario pagado o puesto a mi disposición después de convertirme en miembro del TDRA, y es legalmente vinculante e irrevocable con respecto a los montos pagados o puestos a mi disposición mientras permanezca en efecto. Entiendo que dicha elección seguirá vigente de año en año a menos que la modifique o la rescinda, y que en caso de conflicto entre la elección indicada en la sección III y un Acuerdo de Contribución Salarial firmado, prevalecerá el Acuerdo de Contribución Salarial. Entiendo que puedo modificar mi elección en cualquier momento completando y enviando a mi empleador un Acuerdo de Contribución Salarial que refleje dicho cambio. Además, entiendo que puedo rescindir mi elección en cualquier momento notificándolo por escrito a mi empleador.
- Designo a la(s) persona(s) o entidad(es) nombrada(s) en la Sección III de este formulario como beneficiarios de mi cuenta TDRA. Entiendo que esta designación de beneficiario permanecerá vigente hasta que complete, firme y envíe un *Formulario de Designación de Beneficiario* actualizado a Pension Fund, lo cual puedo hacer en cualquier momento. Certifico que he obtenido el consentimiento de mi cónyuge si he designado a un beneficiario que no sea mi cónyuge, o además de él, en la medida en que resida en un estado de bienes gananciales o conyugales y la ley estatal me exija obtener dicho consentimiento con respecto a la totalidad o una parte de mi cuenta de la TDRA. Además, acepto que, si no estoy casado actualmente, pero contraigo matrimonio, obtendré el consentimiento de mi cónyuge si aplica la oración anterior. Entiendo que, para obtener el consentimiento del cónyuge, puedo utilizar el formulario de *Consentimiento del Cónyuge para los Estados de Bienes Gananciales y Matrimoniales* que se encuentra en www.pensionfund.org. Asumo responsabilidad por todas las consecuencias si no obtengo el consentimiento requerido.
- Si soy un pastor, he adjuntado una copia de mis credenciales ministeriales actuales.
- Entiendo que Pension Fund y la TDRA están exentos de los requisitos de registro, reglamentación e información de la Ley de Valores de 1933 (*Securities Act of 1933*), la Ley de Intercambio de Valores de 1934 (*Securities Exchange Act of 1934*), la Ley de Sociedades de Inversión de 1940 (*Investment Company Act of 1940*) y las leyes estatales sobre valores. Los participantes y beneficiarios no reciben la protección de dichas leyes con respecto a su participación en las DCRA. Los participantes y beneficiarios no reciben la protección de dichas leyes con respecto a sus intereses en la TDRA.

Firma del Solicitante _____ Fecha _____ / _____ / _____

ENVIE EL(LOS) FORMULARIO(S) CON ANEJOS 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 Cuenta _____ Número de ID del Miembro _____ Fecha de Inscripción _____ / _____ / _____

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