



SOLICITUD DE ADMISIÓN EN EL PROGRAMA DE MEMBRESÍA DE REGALO PARA ESTUDIANTES

Los estudiantes que se preparan para el sacerdocio pueden ser miembros del Plan de pensiones del Pension Fund of the Christian Church (Disciples of Christ) ("Plan de pensiones") si se inscriben en el Programa de Membresía de Regalo para Estudiantes ("Programa"). El Programa pagará cuotas equivalentes a \$70 por mes al Plan de pensiones en nombre del estudiante, lo cual se suma a las cuotas pagadas por el empleador por los servicios prestados por el estudiante. Para asegurarse de reunir los requisitos de participación en el Programa, un estudiante debe cumplir con (1) o (2):

(1) La persona debe:

- ser estudiante regular en una institución de educación teológica acreditada y aspirar a obtener un título sacerdotal;
- estar inscrito en la institución por al menos seis créditos/horas semestrales para el semestre/término (se tendrá especial consideración para ciertos requisitos de título que requieren instrucción intensiva/específica relacionada con el sacerdocio, como la educación clínica pastoral [Clinical Pastoral Education, CPE] o pasantías sacerdotales);
- ser estudiante de Disciples of Christ "bajo la órbita" de una región o congregación reconocida de la Iglesia.

(2) La persona debe ser estudiante en la tradición del Movimiento de Restauración de Stone-Campbell en la orden sacerdotal supervisada (*por ejemplo*, "bajo la órbita" o en una pasantía sacerdotal aprobada).

El estudiante también debe llenar y entregar un Formulario de inscripción en el Plan de pensiones.

La participación en el Programa está aprobada por un período máximo de 12 meses y puede renovarse por hasta tres períodos separados de 12 meses, por un total de 48 meses de participación.

Las solicitudes de admisión en el Programa se aceptan durante todo el año y la aprobación es para el período de 12 meses que comienza el mes siguiente a la aprobación de su Solicitud completa y la inscripción en el Plan de pensiones. Se debe enviar una nueva Solicitud cada período de 12 meses para continuar participando en el Programa.

Llene las Secciones I, II y III. Si usted reúne los requisitos establecidos en (1), envíe esta Solicitud para efectuar la certificación y firma de acuerdo con las Secciones IV y V a un representante autorizado de la región/congregación bajo cuya órbita usted se encuentra y a la escuela a la que asiste. Si usted reúne los requisitos establecidos en (2), envíe esta Solicitud para efectuar la certificación y firma de acuerdo con la Sección VI a un representante autorizado de una congregación reconocida en la tradición del Movimiento de Restauración de Stone-Campbell bajo cuya órbita usted se encuentra o en la cual está haciendo una pasantía sacerdotal aprobada.

- ESCRIBA EN COMPUTADORA O EN LETRA IMPRENTA CON CLARIDAD -

I. INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre del estudiante _____ N.º de Seguro Social/ITIN _____
(nombre) (segundo nombre) (apellido)

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ País _____ Código postal _____ - _____

Número de teléfono particular (_____) Número de teléfono del trabajo (_____) Número de teléfono celular (_____) _____

Dirección de correo electrónico _____

Estoy afiliado a la siguiente filial del Movimiento de Restauración de Stone-Campbell:

☐ Iglesia cristiana (Disciples of Christ) ☐ Iglesias cristianas/Iglesias de Cristo ☐ Iglesias de Cristo en los EE. UU. (Acapella)

II. INFORMACIÓN DE LA ESCUELA [SI CORRESPONDE]

Nombre de la escuela _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ País _____ Código postal _____ - _____

Nombre del Secretario del registro _____ Teléfono de contacto durante el día (_____) _____

Cantidad de créditos/horas semestrales completadas _____ Cantidad de créditos/horas semestrales necesarias para obtener un título _____

Fecha de graduación prevista _____ 20____ Título que desea obtener _____

III. CERTIFICACIÓN Y FIRMA DEL ESTUDIANTE

Al firmar esta Solicitud, realizo las siguientes certificaciones:

- Certifico que reúno los requisitos para participar en el Programa de Membresía de Regalo para Estudiantes, que entiendo y acepto los términos del Programa, incluido el cronograma de traspaso correspondiente, y que me comprometo a cumplir con todos los requisitos de participación en el Programa.
- Entiendo que los términos de mi participación en el Plan de pensiones se rigen por el Plan de pensiones, y que si hay algún conflicto entre el Programa y el Plan de pensiones, el Plan de pensiones prevalecerá.
- Reconozco que debo notificar inmediatamente a Pension Fund si no cumplo con los requisitos mínimos de inscripción del Programa en cualquier momento durante el período de 12 meses que cubre esta Solicitud de inscripción.
- Entiendo que debo presentar una nueva Solicitud cada año académico para continuar participando en el Programa.
- Entiendo que, a menos que ya esté en los archivos de Pension Fund, debo proporcionar junto a esta Solicitud un Formulario de inscripción en el Plan de pensiones completado.

Firma del estudiante _____ Fecha ____/____/____

IV. CERTIFICACIÓN Y FIRMA DE LA REGIÓN/CONGREGACIÓN

Certifico que la persona identificada en la Sección I es un estudiante que actualmente está “bajo la órbita” de la siguiente región/congregación _____.

Firma del representante de la región/congregación _____ Fecha ____/____/____

Nombre en letra imprenta _____ Número de teléfono (____) _____

Título _____

V. CERTIFICACIÓN Y FIRMA DE LA ESCUELA

Certifico que la persona identificada en la Sección I es un estudiante de la escuela identificada en la Sección I, y que dicho estudiante está inscrito actualmente en al menos seis créditos/horas semestrales por semestre/término (o que el estudiante está cursando un programa intensivo, como pasantía o CPE para los cuales no se recomiendan cursos de formación adicional, o se encuentra en una pasantía sacerdotal).

Firma del representante de la escuela _____ Fecha ____/____/____

Nombre en letra imprenta _____ Número de teléfono (____) _____

Título _____

VI. CERTIFICACIÓN Y FIRMA DE LA CONGREGACIÓN DE STONE-CAMPBELL

Certifico que la persona identificada en la Sección I es un estudiante “bajo la órbita” o en una pasantía sacerdotal aprobada de la siguiente congregación en la tradición del Movimiento de Restauración de Stone-Campbell _____.

Firma del representante del ministerio _____ Fecha ____/____/____

Nombre en letra imprenta _____ Número de teléfono (____) _____

Título _____

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 • Sitio web: www.pensionfund.org



- ESCRIBA EN COMPUTADORA O EN LETRA IMPRENTA CON CLARIDAD -

I. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre ☐ Sr. ☐ Sra. ☐ Srta. _____
☐ Ms. ☐ Rev. ☐ Dr. _____ (primero) _____ (segundo) _____ (apellido)

Nº de Seguro Social/ITIN _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ Género: ☐ Masculino ☐ Femenino

Dirección de domicilio _____

Ciudad _____ Estado _____ País _____ Código postal _____ - _____

Teléfono del domicilio (____) _____ Teléfono del trabajo (____) _____ Teléfono celular (____) _____

Correo electrónico _____

Nacionalidad: ☐ Estadounidense ☐ Otra _____ *Si no es ciudadano estadounidense, debe tener un n° ITIN para inscribirse.*

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

Marque si corresponde: ☐ Ministro independiente ☐ Estudiante bajo el programa de membresía por donación para estudiantes

Empleador _____ Contacto del empleador _____

Ciudad _____ Estado _____ País _____ Código postal _____ - _____

Posición del solicitante _____ Fecha de contratación ____/____/____ Fecha de inicio de las cuotas ____/____/____

II. INFORMACIÓN SOBRE LAS CUOTAS

Como afiliado, las cuotas se abonarán al Plan de Pensiones en su nombre, de acuerdo con el Convenio de Participación de su empleador, como un porcentaje de su base de remuneración. Consulte la hoja de Recursos de la Base de Remuneración para obtener ayuda para determinar su base de remuneración.

Porcentaje de las cuotas del empleador. Mi empleador contribuirá con unas cuotas de empleador iguales a _____% de mi base de remuneración. Porcentaje de las cuotas del miembro. Complete si el Acuerdo de Participación de su empleador (i) permite que cada afiliado elija un porcentaje diferente de cuotas de afiliación antes de impuestos, (ii) permite una elección entre cuotas de afiliación antes o después de impuestos, y/o (iii) permite que cada afiliado elija un porcentaje diferente de la Base de Compensación para determinar las cuotas. *Marque la opción que corresponda y complétela.*

- ☐ 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 las aportaciones de los afiliados antes de impuestos al Plan de Pensiones.
- ☐ Por la presente, instruyo a mi empleador para que reduzca mi salario antes de impuestos en un _____% de mi Base Salarial. *Las cuotas del empleador y del afiliado en conjunto deben sumar el 14% si usted es ministro y al menos el 6% si no es ministro. 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 de los afiliados. Las cuotas se pagarán como (*marque una opción*) ☐ una contribución del empleado *antes de impuestos*
☐ una contribución del empleado *después de impuestos*

Base de remuneración. Mi Base de remuneración usada para determinar las cuotas es \$ _____.

LAS ELECCIONES ANTERIORES DEBEN ESTAR PERMITIDAS POR EL ACUERDO DE PARTICIPACIÓN DEL EMPLEADOR. LAS CUOTAS DE LOS MIEMBROS SERÁN RETENIDAS DE SU NÓMINA Y PAGADAS POR SU EMPLEADOR AL PLAN DE PENSIONES.

III. INFORMACIÓN FAMILIAR PARA LOS BENEFICIOS DE LOS SOBREVIVIENTES

Marque el estado civil/pareja: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Pareja de hecho reconocida Sexo del cónyuge/pareja: ☐ Masculino ☐ Femenino

Nombre del cónyuge/pareja _____ No. Seguro Social/ITIN _____
 (primero) (segundo) (apellido)

Fecha de nacimiento del cónyuge/pareja ____/____/____ Nacionalidad: ☐ Estadounidense ☐ Otra _____

Completar para cada uno de los **hijos naturales** o **legalmente adoptados** del solicitante que sean menores de 21 años:

	Nombre (primero, segundo, apellido)	Fecha de nacimiento	Género	No. de Seguro Social/ITN
1		/ /	M / F	- - - - -
2		/ /	M / F	- - - - -
3		/ /	M / F	- - - - -

Nombre del primer progenitor vivo _____
 (primero) (segundo) (apellido)
 Dirección de domicilio _____
 Ciudad _____ Estado _____ País _____ Código postal _____ - _____
 No. de Seguro Social/ITIN _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento _____ / _____ / _____

Nombre del segundo progenitor vivo _____
 (primero) (segundo) (apellido)
 Dirección de domicilio _____
 Ciudad _____ Estado _____ País _____ Código postal _____ - _____
 No. de Seguro Social/ITIN _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento _____ / _____ / _____

IV. CERTIFICACIÓN Y FIRMA DEL SOLICITANTE

Al firmar este Formulario de inscripción de la TDRA, hago las siguientes certificaciones:

- Acepto estar sujeto a todos los términos de la TDRA, ya que puede modificarse de vez en cuando, y a todas las políticas y los procedimientos administrativos adoptados por Pension Fund con respecto al Plan de Pensiones.
- Entiendo que puedo acceder al Libro de Recursos para los Miembros del Plan de Pensiones y a otra información relacionada con Plan de Pensiones electrónicamente en www.pensionfund.org, y que también puedo solicitar a Pension Fund que me envíe una copia del Libro de Precursos para los Miembros del Plan de Pensiones.
- Certifico que la información proporcionada en este Formulario de inscripción en una cuenta BAA es precisa, incluido mi Número de Seguro Social/ITIN. Acepto que notificaré oportunamente al Pension Fund cualquier cambio en la información proporcionada en este formulario, **incluidos los cambios en el monto o el tipo de cuotas, en mi estado civil/de pareja y en la situación de mis hijos y padres**. Comprendo que el hecho de no proporcionar información precisa y oportuna puede dar lugar a una reducción de mis beneficios.
- Entiendo que la información personal proporcionada en este Formulario de inscripción será utilizada por Pension Fund para procesar mi inscripción y brindarme servicios de conformidad con el Plan de Pensiones.
- Entiendo que si el Acuerdo de Participación de mi empleador permite a los miembros elegir cada uno un porcentaje diferente de las cuotas de los empleados antes de impuestos, y decido cambiar mis elecciones reflejadas en este Formulario de Inscripción o en un acuerdo de reducción salarial separado con mi empleador, debo completar y presentar un Acuerdo de Contribución Salarial a mi empleador que refleje ese cambio antes de la fecha efectiva del cambio.
- Entiendo que puedo designar beneficiarios para todos los beneficios del Plan de Pensiones que no sean pagaderos de otro modo según los términos del Plan de Pensiones presentando un *Formulario de Designación de Beneficiarios*, y que si no relleno un *Formulario de Designación de Beneficiarios*, se aplicarán las normas de beneficiarios por defecto del Plan de Pensiones.
- Entiendo que Pension Fund y el Plan de Pensiones están exentos de los requisitos de registro, regulación y reporte de la Ley de títulos de valores de 1933, la Ley del mercado de valores de 1945, la Ley de sociedades de inversión de 1940 y las leyes de valores estatales. Los participantes y beneficiarios no gozan de la protección de esas leyes con respecto a sus intereses en el Plan de Pensiones.
- He anexado los siguientes documentos para completar mi solicitud, según corresponda:
 - ✓ Copia de mi certificado de nacimiento, pasaporte, licencia de conducir o tarjeta de identificación emitida por el estado
 - ✓ Formulario de designación de beneficiario
 - ✓ Copia de las credenciales ministeriales actuales, si soy un ministro
 - ✓ Copia de mi certificado/prueba de matrimonio, si soy casado(a)
 - ✓ *Declaración jurada de pareja de hecho calificada* con documentación justificativa, si tengo una pareja de hecho calificada

Firma del solicitante _____ **Fecha** _____ / _____ / _____

ENVÍE EL(LOS) FORMULARIO(S) CON SUS ANEXOS 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 • Sitio web: pensionfund.org

Member ID No. _____ **Enrollment Date** _____ / _____ / _____

[Do not write in this box – for Pension Fund use only]