



ESCRIBA A MÁQUINA O EN LETRA DE IMPRENTA CLARAMENTE

I. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre Sr. Sra. Srta. _____
 Sra. Rev. Dr. (Primer nombre) (Segundo nombre) (Apellidos)

N.º de Seguro Social /ITIN _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ Género: Masculino Femenino

Dirección del domicilio _____

Ciudad _____ Estado _____ País _____ Código postal _____ - _____

Número de teléfono del domicilio (____) Número de teléfono del trabajo (____) Número de teléfono celular (____)

Dirección de correo electrónico _____

Ciudadanía: Estadounidense Otra: _____ *Si no es ciudadano estadounidense, debe tener un número de identificación tributaria individual (ITIN) para inscribirse.*

Si es un Ministro (*marque uno*): Ordenado Comisionado Licenciado Fecha en que fue ordenado/comisionado/licencia ____/____/____

Marque si fuese pertinente: Ministro autónomo Participante del Programa de donación de membresía para estudiantes

Empleador _____ Fecha de contratación ____/____/____

Ciudad _____ Estado _____ Fecha en que comenzarán las cuotas ____/____/____

Contacto del empleador _____

II. INFORMACIÓN SOBRE LAS CUOTAS DEL MIEMBRO

Como miembro, las cuotas se harán al Plan de pensión a su nombre de acuerdo con el Contrato de participación del empleador. Complete esta sección II si el Contrato de participación del empleador (i) permite a cada miembro elegir un porcentaje diferente de cuotas del miembro antes de descontar impuestos, (ii) permite una elección entre las cuotas antes de descontar impuestos o después de descontar impuestos, y/o (iii) permite a cada miembro elegir un porcentaje diferente de compensación base para determinar las cuotas. Consulte la *Hoja de trabajo de recursos basados en la base de remuneración* para asistencia al determinar su base de remuneración.

Porcentaje de las cuotas. *Marque uno según corresponda y complete.*

- Mi empleador reducirá mi salario de acuerdo con (i) el Acuerdo de participación de mi empleador con el Fondo de pensión o (ii) el Acuerdo de reducción de salario que he entablado con mi empleador para aportar cuotas al Plan de pensión antes de descontar impuestos.
- Por el presente instruyo a mi empleador a reducir mi salario antes de descontar impuestos en ____% de mi base de remuneración. *Las cuotas del empleador y el miembro en conjunto deben totalizar 14% si usted es un ministro, y al menos 6% si no es un ministro. Su empleador recibirá una copia de este Formulario de Inscripción para reflejar el acuerdo de contribución del salario entre usted y su empleador.*

Rellene si el Acuerdo de participación de su empleador permite un porcentaje reducido de su base de remuneración para ser utilizado al determinar las cuotas: El porcentaje de mi base de remuneración utilizado para determinar las cuotas es (*rellene uno*) 100% _____%.

Tratamiento fiscal de las cuotas del miembro. Las cuotas del miembro se pagarán como (*marque uno de los siguientes*):

- una contribución del empleado antes de descontar impuestos
- una contribución del empleado después de descontar impuestos

LAS SELECCIONES ANTERIORES SE DEBEN PERMITIR SEGÚN EL ACUERDO DE PARTICIPACIÓN DEL EMPLEADOR. LAS CUOTAS DEL MIEMBRO SE RETENDRÁN DE SU CHEQUE DE PAGO Y SU EMPLEADOR LAS PAGARÁ AL PLAN DE PENSIÓN.

III. INFORMACIÓN DE LA FAMILIA PARA LOS BENEFICIOS DE SOBREVIVIENTE

Marque el estado civil: Soltero Casado Género del cónyuge: Masculino Femenino

Nombre del cónyuge _____ N.º de Seguro Social /ITIN _____ - _____ - _____
 (Primer nombre) (Segundo nombre) (Apellidos)

Fecha de nacimiento del cónyuge ____/____/____ Ciudadanía: Estadounidense Otra:

Complete por cada uno de los hijos biológicos o adoptados legalmente del solicitante que tienen menos de 21 años:

	Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellidos)	Fecha de nacimiento	Género	N.º de Seguro Social/ITIN
1		/ /	M / F	- - -
2		/ /	M / F	- - -
3		/ /	M / F	- - -

Nombre del primer progenitor vivo _____
(primer nombre) (segundo nombre) (apellidos)
Dirección del domicilio _____
Ciudad _____ Estado _____ País _____ Código postal _____ -
N.º de Seguro Social /ITIN _____ - - - - Fecha de nacimiento ____/____/____

Nombre del segundo progenitor vivo _____
(primer nombre) (segundo nombre) (apellidos)
Dirección del domicilio _____
Ciudad _____ Estado _____ País _____ Código postal _____ -
N.º de Seguro Social /ITIN _____ - - - - Fecha de nacimiento ____/____/____

IV. CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE Y FIRMA

Al firmar este Formulario de Inscripción, realizo las siguientes certificaciones:

- Estoy de acuerdo con regirme por todos los términos del Plan de pensión, según sea enmendado de vez en cuando y todas las políticas y procedimientos administrativos adoptados por el Fondo de pensión con respecto al Plan de pensión.
- Entiendo que puedo acceder electrónicamente al Libro de Recursos del Plan de Pensión del Miembro y a otra información relativa al Plan de pensión del miembro en www.pensionfund.org, y que también puedo solicitar al Fondo de pensión que me envíen por correo una copia del Libro de Recursos del Miembro del Plan de Pensión.
- Certifico que la información proporcionada en este Formulario de Inscripción es precisa, incluyendo mi número de Seguro Social/ITIN. Estoy de acuerdo con que notificaré oportunamente al Fondo de pensión de cualquier cambio en la información proporcionada en este Formulario, **incluyendo los cambios en la cantidad o tipo de cuotas, mi estado civil y la situación de mis hijos y padres**. Entiendo que no proporcionar la información precisa y oportuna puede ocasionar una reducción de mis beneficios.
- Entiendo que la información personal proporcionada en este Formulario de Inscripción será utilizada por el Fondo de pensión para procesar mi inscripción y proporcionarme servicios del miembro según el Plan de pensión.
- Entiendo que si el contrato de participación de mi empleador permite a los miembros elegir un porcentaje diferente de las cuotas del empleado antes de descontar impuestos, y yo elijo cambiar mis selecciones reflejadas en este Formulario de Inscripción o en un acuerdo por separado de reducción de salario con mi empleador, debo rellenar y enviar un Acuerdo de contribución del salario a mi Empleador, el cual refleje dicho cambio antes de la fecha efectiva del cambio.
- Entiendo que puedo designar beneficiarios para todos los beneficios según el Plan de pensión que no sean de otro modo pagaderos de acuerdo con los términos del Plan de pensión enviando un *Formulario de Designación de beneficiarios* y que si no relleno un *Formulario de Designación de beneficiarios*, se aplicarán las reglas predeterminadas del Plan de pensión.
- Entiendo que el Fondo de pensión y el Plan de pensión están exentos del registro, regulación y requisitos de notificación de la Ley de de Valores de 1933, la Ley de Intercambio de Valores de 1945, la Ley de las Sociedades de Inversión de 1940 y las Leyes de Valores estatales. A los participantes y los beneficiarios no se les otorga la protección de esas leyes con respecto a su interés en el Plan de pensión.
- He adjuntado los siguientes documentos para completar mi solicitud, según corresponde:
 - ✓ Copia de mi certificado de nacimiento
 - ✓ Copia de mis credenciales ministeriales actuales, si soy un ministro.
 - ✓ Formulario de designación de beneficiario
 - ✓ Copia de mi certificado de matrimonio/prueba de matrimonio, si estoy casado

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

ENVÍE EL(LOS) FORMULARIO(S) CON 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: www.pensionfund.org

N.º de identificación del miembro _____ **Fecha de inscripción** ____/____/____
[No escriba en esta casilla – solo para uso del Fondo de pensión]