



## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE LA CUENTA DE JUBILACIÓN CON IMPUESTOS DIFERIDOS (TDRA)

Rellene este Formulario de Inscripción para comenzar a participar en la cuenta de jubilación con impuestos diferidos del Fondo de Pensión de la Iglesia Cristiana (Discípulos de Cristo) ("TDRA"). Como miembro, los siguientes tipos de contribuciones se pueden hacer a la TDRA en su nombre:

- ✓ **Contribuciones de reducción de salario del empleado**, si se permiten según el Acuerdo de participación de su empleador. *Rellene la Sección II para elegir las contribuciones de reducción de salario. Su empleador recibirá una copia de este Formulario para reflejar el Acuerdo de contribución del salario entre usted y su empleador.*
- ✓ **Contribuciones de su empleador**, si se permiten según el Acuerdo de participación de su empleador.
- ✓ **Contribuciones reinvertidas** de una cuenta de jubilación individual ("IRA") o plan de jubilación que reúna los requisitos. *Rellene y devuelva la Solicitud para reinversión de contribuciones a la TDRA.*
- ✓ **Intercambio de contrato de /Transferencia de un plan a otro** desde otro contrato/cuenta según el plan 403(b) de su empleador. *Rellene y devuelva la Solicitud para el Intercambio de contrato/Transferencia de un plan a otro a la TDRA.*

**- 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 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

N.º de teléfono del domicilio (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ N.º de teléfono del trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ N.º 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 Ministro (marque uno):  Ordenado  Comisionado  Licenciado Fecha en que fue ordenado/comisionado/licencia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Contacto del empleador \_\_\_\_\_

### II. CONTRIBUCIONES DE REDUCCIÓN DEL SALARIO

Para elegir voluntariamente hacer contribuciones de reducción del salario a la TDRA, rellene lo siguiente:

- Por el presente instruyo a mi empleador a reducir mi salario antes de descontar impuestos en \$ \_\_\_\_\_ **o** \_\_\_\_\_ % (puede ser cualquier monto completo o porcentaje) **por período de pago** y aportar esta cantidad a la TDRA. Entiendo que las contribuciones totales de reducción del salario no pueden exceder los límites del Servicio de Rentas Internas (IRS) para el año fiscal. Consulte [www.pensionfund.org](http://www.pensionfund.org) para información sobre estos límites. Entiendo que mi elección se aplica solo con respecto al salario pagado o a mi disposición después de que me convierta en miembro en la TDRA y es legalmente vinculante e irrevocable con respecto a las cantidades pagadas o a mi disposición mientras permanezca en efecto.

### III. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Designe la persona, fideicomiso o entidad que elija para recibir los beneficios pagaderos según la TDRA en caso de que usted fallezca. Si designa a un fideicomiso como beneficiario, incluya el nombre y la dirección del fideicomiso, la fecha en que se creó el fideicomiso, y el nombre del fideicomisario. No tiene la limitación de dos beneficiarios primarios y dos supeditados. Para designar beneficiarios adicionales, adjunte y firme una hoja separada indicando los nombres adicionales y la información de identificación.

A menos que se indique de otro modo, los beneficios al fallecimiento serán pagados en partes iguales a sus beneficiarios primarios quienes estén vivos al momento de su fallecimiento. Si no existe un beneficiario primario vivo al momento de su fallecimiento, a menos que se indique de otro modo, los beneficios al fallecimiento serán pagados en partes iguales a los beneficiarios supeditados que estén vivos al momento de su fallecimiento. Si nombra varios beneficiarios primarios o condicionales y uno de ellos fallece antes que usted, el porcentaje de la cuota designada a ese beneficiario se dividirá en partes iguales entre los beneficiarios primarios o condicionales, según corresponda.

**IMPORTANTE: Si no elige un beneficiario o si sus beneficiarios indicados en este formulario de inscripción no le sobreviven, sus beneficios se pagarán a su cónyuge, o si no lo tiene, sus beneficios se pagarán a su patrimonio. No incluir un número de Seguro Social/ITIN y la información de contacto actual para cada beneficiario designado, si corresponde, puede demorar las distribuciones a su fallecimiento.**

<b>Beneficiarios primarios</b> <i>El porcentaje total de todos sus beneficiarios primarios debe ser igual a 100%.</i>	<b>Porcentaje de beneficios</b>
Nombre de la persona o fideicomiso _____ <small>(primero, segundo, apellidos)</small> Dirección postal _____ <small>(Calle, ciudad, estado, código postal)</small> Teléfono primario ( ) _____ Relación con el solicitante/Nombre del fideicomisario _____ N.º de Seguro Social /ITIN _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento/Fecha de creación del fideicomiso ____ / ____ / ____ :	_____ %
Nombre de la persona o fideicomiso _____ <small>(primero, segundo, apellidos)</small> Dirección postal _____ <small>(Calle, ciudad, estado, código postal)</small> Teléfono primario ( ) _____ Relación con el solicitante/Nombre del fideicomisario _____ N.º de Seguro Social /ITIN _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento/Fecha de creación del fideicomiso ____ / ____ / ____ :	_____ %
<b>Beneficiarios condicionales</b> Si todos sus beneficiarios primarios fallecen antes que usted, los beneficios pagaderos en caso de su fallecimiento serán pagados a su(s) beneficiario(s) condicional(es). <i>El porcentaje total de todos sus beneficiarios condicionales debe ser igual a 100%.</i>	<b>Porcentaje de beneficios</b>
Nombre de la persona o fideicomiso _____ <small>(primero, segundo, apellidos)</small> Dirección postal _____ <small>(Calle, ciudad, estado, código postal)</small> Teléfono primario ( ) _____ Relación con el solicitante/Nombre del fideicomisario _____ N.º de Seguro Social /ITIN _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento/Fecha de creación del fideicomiso ____ / ____ / ____ :	_____ %
Nombre de la persona o fideicomiso _____ <small>(primero, segundo, apellidos)</small> Dirección postal _____ <small>(Calle, ciudad, estado, código postal)</small> Teléfono primario ( ) _____ Relación con el solicitante/Nombre del fideicomisario _____ N.º de Seguro Social /ITIN _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento/Fecha de creación del fideicomiso ____ / ____ / ____ :	_____ %

**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 de la TDRA, según sea enmendado de vez en cuando y con todas las políticas y procedimientos administrativos adoptados por el Fondo de pensión con respecto a la TDRA.
- Entiendo que puedo acceder al Libro de Recursos del Miembro de la TDRA y a otra información relativa a la TDRA electrónicamente en [www.pensionfund.org](http://www.pensionfund.org), y que también puedo solicitar al Fondo de pensión que me envíe por correo una copia del Libro de Recursos del Miembro de la TDRA.
- Certifico que la información proporcionada en este Formulario de Inscripción de la TDR 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.**

- 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 las selecciones de contribución de reducción del salario que he indicado en este Formulario permanecerán en vigencia de un año a otro a menos que cambie y las descontinúe. Entiendo que puedo cambiar en el futuro mis selecciones en cualquier momento rellenando y enviando un *Acuerdo de contribución del salario* a mi empleador, el cual refleje ese cambio. También entiendo que puedo dar por terminadas mis selecciones en cualquier momento notificando a mi empleador por escrito.
- Designo a la(s) persona(s) o entidad(es) indicadas en la Sección III de este Formulario como beneficiarios de mi cuenta TDRA. Entiendo que esta designación de beneficiario permanecerá en vigencia hasta que yo rellene, firme y envíe un *Formulario de Designación de beneficiario* al Fondo de pensión, lo cual puedo hacer en cualquier momento. Certifico que he obtenido el consentimiento conyugal si he nombrado a un beneficiario distinto de, o adicional a, mi cónyuge mientras permanezca en comunidad de bienes conyugales y según la ley del estado me exija obtener tal consentimiento con respecto a toda o una porción de mi cuenta TDRA. También acuerdo que si no estoy actualmente casado, pero llego a contraer matrimonio, obtendré el consentimiento conyugal si el enunciado precedente fuese aplicable. Entiendo que para obtener el consentimiento conyugal puedo usar el *Formulario de Consentimiento conyugal para bienes conyugales* ubicado en [www.pensionfund.org](http://www.pensionfund.org). Asumo completa responsabilidad por todas las consecuencias si no obtengo el consentimiento requerido.
- Si soy un ministro, he adjuntado una copia de mis credenciales ministeriales actuales.
- Entiendo que el Fondo de pensión y la TDRA están exentos del registro, regulación y requisitos de notificación de la Ley de Valores de 1933, la Ley Intercambio de Valores de 1945, la Ley de las Sociedades de Inversión de 1940 y las Leyes de Valores estatales. A los participantes y beneficiarios no se les otorga la protección de esas leyes con respecto a su interés en la TDRA.

Firma del solicitante

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

**Pension Fund of the Christian Church**

P.O. Box 6251

Indianapolis, IN 46206-6251

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

Correo electrónico: [pfcc1@pensionfund.org](mailto:pfcc1@pensionfund.org) • Sitio web: [www.pensionfund.org](http://www.pensionfund.org)

Cuenta No. _____	N.º de identificación del miembro _____	Fecha de inscripción ____/____/____
------------------	---	-------------------------------------

**[No escriba en esta casilla – solo para uso del Fondo de pensión]**