

Connecticut Laborers' Pension Fund

435 Captain Thomas Boulevard
West Haven, CT 06516-5896
Telephone: (203) 934-7991 – Toll-Free Number: 1-800-922-3240 Fax: (203) 680-3847
Website: <https://www.ctlaborersfunds.com>

FORMULARIO DE SOLICITUD DE PENSIÓN

Los beneficios no pueden entrar en vigor antes del primer día del mes siguiente al mes en que se recibió su solicitud, aunque puede solicitar una fecha de vigencia posterior. Puede haber una demora (hasta varios meses) antes de que comience a recibir beneficios dependiendo de la información necesaria para verificar y/o procesar todo el contenido de su solicitud. Después de la aprobación de la Junta de Fideicomisarios, los beneficios se pagarán sujetos a los términos y condiciones del Plan de Pensiones de los Trabajadores de Connecticut retroactivos a la fecha de entrada en vigor de su pensión, siempre que haya aceptado la adjudicación y firmado la documentación necesaria dentro del período de tiempo requerido.

INSTRUCCIONES

Si es necesario, comuníquese con la Oficina del Fondo y haga una cita para completar la solicitud. Si decide no hacerlo, lea atentamente todas las preguntas e IMPRIMA todas las respuestas. **Asegúrese de firmar y fechar la solicitud en las áreas delineadas en negro (Artículos 23, 24 y 33, si corresponde).** Envíe por correo la solicitud completa y los comprobantes de edad a la Oficina del Fondo a la dirección anterior o tráigalos a la oficina entre las 8:00 a. m. y las 3:15 p. m. de lunes a viernes.

SI SU SOLICITUD NO ESTÁ COMPLETA O CARECE DE LA INFORMACIÓN REQUERIDA PARA SER PROCESADA, ESTO PODRÍA RESULTAR EN UN RETRASO DE SUS PAGOS DE BENEFICIOS DE PENSIÓN ELEGIBLES.

Si la Oficina del Fondo determina que usted es elegible para los beneficios, la Oficina del Fondo le enviará los formularios de elección requeridos para que pueda elegir la forma de pago de sus beneficios y completar una Declaración de Jubilación.

SE DEBE PRESENTAR PRUEBA DE SU EDAD (y la de su cónyuge, si está casado). Se proporciona una lista de documentos aceptables para la prueba de edad dentro de esta solicitud. Si es casado, debe proporcionar el certificado de matrimonio. Si es viudo, debe proporcionar una copia del certificado de defunción de su cónyuge. Si es divorciado, debe proporcionar una copia de la sentencia de divorcio. También necesitaremos una copia de su Tarjeta de Seguro Social.

DATOS PERSONALES DEL MIEMBRO

1. Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
(Apellido) (Nombre) (Inicial) (Mes/Día/Año)

Dirección: _____
(Número de la calle) (Ciudad, Estado and Código Postal)

2. Seguro Social: _____ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

3. Estado Civil: Casado Divorciado Viudo Soltero (Nunca Casado) Legalmente Separado

4. ¿Es ciudadano americano? Sí No Si la respuesta es No, Soy ciudadano de: _____

5. Nombre del cónyuge: _____ Fecha de Nacimiento del cónyuge: _____
(Mes/Día/Año)

Seguro social del cónyuge: _____ Fecha de casamiento: _____
(Mes/Día/Año)

DATOS MILITARES

6. ¿Ha servido alguna vez en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos?: Sí No
En caso afirmativo, fue el alistamiento: Voluntario ¿Inscripción obligatoria?
7. Fecha de servicio: Ingresó: _____ Dado de baja o separado: _____
(Mes/Día/Año) (Mes/Día/Año)
8. Tipo de Baja Militar: _____

DATOS DEL SINDICATO LOCAL

9. Núm. Sindicato Local al presente: _____ Num. Membresía: _____
10. Fecha de iniciación en primer Sindicato Local: _____ Num. Sindicato Local: _____ Estado: _____
(Month/Day/Year)
11. Si su iniciación fue con un Sindicato de Obreros fuera del estado de Connecticut, por favor indique la fecha en que se unió por primera vez a un Sindicato Local de Connecticut:
Fecha _____ Núm. de Sindicato: _____
(Month/Day/Year)
12. Si ha cambiado de local con LIUNA, por favor, enumere los períodos separados de membresía:
Núm. Sindicato Local: Desde: Hasta:

(Month/Day/Year) (Month/Day/Year)

(Month/Day/Year) (Month/Day/Year)
13. Si ha acumulado Créditos de Pensión con otro Fondo de Pensiones de los Trabajadores, proporcione el nombre y la dirección de la Oficina del Fondo y cualquier Correspondencia que haya recibido de ellos:
Nombre: _____
Dirección: _____
Nombre: _____
Dirección: _____
14. Indique a continuación los períodos de tiempo en los que no fue miembro del Sindicato de Trabajadores:
Desde _____ Hasta _____ Desde _____ Hasta _____
Desde _____ Hasta _____ Desde _____ Hasta _____

DATOS LABORALES

15. ¿En qué fecha piensa jubilarse?: _____
(La fecha de vigencia de los pagos de pensiones es el primer día del mes.)
16. Si todavía está trabajando como Obrero, ¿cuándo piensa dejar de trabajar? _____
(Mes/Año)
17. Si dejó de trabajar como Obrero, indique la fecha en que trabajó por última vez: _____
(Mes/Año)
18. Indique nombre y dirección de sus dos últimos empleadores:
- | Nombre del Empleador | Dirección | Periodo de empleo |
|----------------------|-----------|-------------------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

DATOS DE COMPENSACIÓN

19. ¿Alguna vez ha recibido compensación por accidentes de trabajo por períodos de tiempo que estuvo ausente del trabajo en los Fondos? Sí No En caso afirmativo, proporcione la siguiente información:

Fecha de la lesión: _____ Número de archivo de compensación para trabajadores: _____

Fechas cubiertas por el(los) pago(s):

Desde: _____ Hasta: _____

Desde: _____ Hasta: _____

Nombre y dirección de la aseguradora en el momento en que ocurrió la lesión: _____

Nombre y dirección del empleador en el momento en que ocurrió la lesión: _____

Si incurrió en más de una (1) lesión por la cual recibió pagos de Beneficios de Compensación para Trabajadores, proporcione la información solicitada anteriormente para cada lesión adicional en una página separada.

20. ¿Ha recibido alguna vez beneficios semanales por accidente y enfermedad del Fondo de Salud de los Trabajadores de Connecticut durante períodos de tiempo en los que estuvo ausente del trabajo en los Fondos?

Sí No En caso afirmativo, indique las fechas:

Desde: _____ Hasta: _____

Desde: _____ Hasta: _____

21. ¿Hubo otros períodos de tiempo durante sus años de empleo como Obrero en los que no pudo trabajar debido a una Incapacidad? Sí No En caso afirmativo, indique las fechas:

Desde: _____ Hasta: _____

Desde: _____ Hasta: _____

FORMA DE PAGO DE PENSIONES

La descripción de las formas de pago que siguen se proporciona en este momento solo para su información. Si se determina que usted es elegible, se le notificará de las formas aplicables de pago basado en sus circunstancias particulares junto con los montos estimados correspondientes del beneficio mensual pagadero para que pueda elegir su forma de pago.

Beneficio conjunto y de sobreviviente del 50 % (con ventana emergente): si está casado, esta es la forma normal de pago. Los beneficios de pensión pagados en forma de un beneficio conjunto y de sobreviviente del 50 % estipulan que, en caso de que usted fallezca, el 50 % de su beneficio mensual se seguirá pagando a su cónyuge por el resto de su vida. El monto del beneficio de pensión al que normalmente tendría derecho se ajustará actuarialmente utilizando una fórmula basada en la diferencia de edad entre usted y su cónyuge, considerando que los beneficios pueden pagarse durante un período más largo (la vida de usted y su cónyuge). Si el miembro sobrevive a su cónyuge, el beneficio del miembro "aparecerá" en la Anualidad vitalicia garantizada durante cinco años. Este beneficio ajustado permanecerá vigente durante toda su vida.

75% de Beneficio Conjunto y de Sobreviviente (con pop-up): si está casado, esta es una forma opcional de pago. Los beneficios de pensión pagados en forma de un beneficio conjunto y de sobreviviente del 75% establecen que, en caso de su muerte, el 75% de su beneficio mensual continuará pagándose a su cónyuge por el resto de su vida. El monto del beneficio de pensión al que normalmente tendría derecho se ajustará actuarialmente utilizando una fórmula basada en la diferencia de edad entre usted y su cónyuge, considerando que los beneficios pueden pagarse durante un período más largo (la vida de usted y su cónyuge). Si el miembro sobrevive a su cónyuge, el beneficio del miembro "aparecerá" en la renta vitalicia garantizada por el monto del beneficio de cinco años. **Este beneficio ajustado permanecerá vigente durante toda su vida.**

Beneficio seguro de cinco años y vitalicio: si no está casado, esta es la forma normal de pago. Se le pagará una cantidad mensual no ajustada de por vida y si fallece antes de recibir los 60 pagos mensuales de beneficios, su pensión mensual se seguirá pagando a su beneficiario designado por el resto de los 60 meses. Si no se ha designado ningún beneficiario, el saldo de los 60 pagos mensuales se pagará según lo especificado en el Plan. Si fallece después de haber recibido 60 pagos mensuales de pensión, los beneficios cesarán y no se pagarán más beneficios a su beneficiario.

Beneficio seguro de diez años y vitalicio: se le pagará una cantidad mensual ajustada actuarialmente de por vida. El monto del beneficio de pensión al que normalmente tendría derecho se reducirá utilizando una fórmula basada en su edad, considerando que los beneficios pueden pagarse durante el período más largo de diez (10) años. En caso de que fallezca antes de recibir los 120 pagos mensuales de beneficios, su pensión mensual continuará pagándose a su beneficiario designado por el resto de los 120 meses. Si no se ha designado ningún beneficiario, el saldo de las 120 mensualidades se pagará según lo especificado en el Plan. Si fallece después de haber recibido 120 pagos mensuales de pensión, los beneficios cesarán y no se pagarán más beneficios a su beneficiario.

TIPOS DE PENSIÓN

La siguiente es una lista del tipo de pensiones a las que puede aplicar. Se ha proporcionado una breve descripción de los requisitos de elegibilidad. Las disposiciones del plan regirán para determinar si cumple con los requisitos de elegibilidad para el tipo de pensión que seleccione.

22. Marque a continuación el tipo de Pensión en la que le gustaría jubilarse, si es elegible:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Jubilación Regular | Participantes regulares de jubilación que hayan alcanzado: Más tarde de: 65 años (o más) que haya sido un Participante en el Plan durante al menos cinco (5) años de participación no perdida, sin una Interrupción en el Servicio. |
| <input type="checkbox"/> Pensión de Servicio | Participantes de pensión de servicio con al menos treinta (30) créditos de pensión, independientemente de la edad |
| <input type="checkbox"/> Jubilación Anticipada | Participantes de jubilación anticipada mayores de 55 años, pero menores de 65 años con al menos diez (10) Créditos de Pensión no perdidos, excluyendo horas bancarias. |

- Pensión de Incapacidad Participantes de Pensión por Incapacidad que hayan quedado incapacitados después de acumular cinco (5) Créditos de Pensión no perdidos y haber cumplido con todas las reglas de elegibilidad del Plan, y que hayan ganado al menos un cuarto (1/4) de Crédito de Pensión en el año calendario el ocurrió la Incapacidad o en al menos uno de los dos Años calendario consecutivos anteriores al año calendario en el que ocurrió la incapacidad. Hay un período de espera de seis (6) meses antes de que comiencen los beneficios por Incapacidad.

- Pensión Parcial Participantes de Pensión Parcial que han obtenido al menos un Crédito de Pensión en el Fondo de Pensiones de los Trabajadores de Connecticut y tener al menos cinco (5) Créditos de Pensión combinados de Planes afiliados.

- 50% Conjunta y Superv. Cónyuge sobreviviente de un Participante que tiene derechos adquiridos y ha satisfecho todos los demás requisitos para la forma de beneficio del 50 % conjunto y de sobreviviente, siempre que no se hayan realizado pagos de pensión anteriores al participante.

- Pre-Jubilación Beneficiario de prejubilación de un participante fallecido que no tiene derecho al 50 % Sobreviviente anterior pero que había acumulado al menos cinco (5) Créditos de Pensión y ganó al menos un cuarto (1/4) de Crédito de Pensión en el año de la muerte o en uno de los dos años calendario consecutivos inmediatamente anteriores a la muerte. El Beneficiario recibirá sesenta (60) meses del Beneficio que hubiera recibido el Participante bajo la Renta Vitalicia Garantizada por Cinco (5) Años.

- Suma Global Pre- Beneficiario de un Participante fallecido, quien antes de su Jubilación muerte ganó un cuarto (1/4) del Crédito de Pensión en el año de su Beneficio muerte o el año calendario anterior y que no califica para ningún otro beneficio.

NOTA: Asegúrese de leer y completar las páginas siete (7) a nueve (9) para Solicitantes por Incapacidad si está solicitando una Pensión por Incapacidad. Tenga en cuenta que hay un período de espera completo de seis (6) meses para los solicitantes de Incapacidad.

Para considerar adecuadamente su solicitud, es posible que se requiera una investigación como resultado de su solicitud, para lo cual el Fondo tendrá que realizar consultas. Por lo tanto, le agradeceríamos que firme la siguiente autorización para divulgar información.

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO DE TRABAJO
(Para ser completado por todos los solicitantes)

Autorizo al titular de cualquier información solicitada sobre mi actividad laboral mientras estaba empleado o cualquier información que pueda tener sobre el empleo antes o desde el empleo con usted, incluidas todas las horas registradas, así como la tasa de pago y la clasificación del trabajo para ser divulgado al Fondo de Pensiones de los Trabajadores de Connecticut o su representante. Se puede usar una copia de esta autorización en lugar del original. Entiendo que esta información es absolutamente confidencial y será utilizada por la Junta de Fideicomisarios únicamente para completar mi reclamo según lo requiera el Fondo de Pensiones de los Trabajadores de Connecticut.

23.

_____ (Firma del Apicante)	_____ (Fecha)
-------------------------------	------------------

Por la presente solicito una pensión del Fondo de Pensiones de los Trabajadores de Connecticut. Las declaraciones contenidas en esta solicitud son verdaderas a mi leal saber y entender. Entiendo que una declaración falsa puede descalificarme para los beneficios de pensión y que los Fideicomisarios tienen derecho a recuperar cualquier pago que se me haya hecho debido a una declaración falsa.

Además, entiendo que, **si no estoy de acuerdo con la decisión de los Fideicomisarios con respecto a la aprobación, denegación o el monto de mi beneficio de pensión, tengo derecho a apelar la decisión presentando una notificación por escrito dentro de los 90 días posteriores a la notificación sobre el estado de mi pensión.**

24.

_____ (Firma del Apicante)	_____ (Fecha)
-------------------------------	------------------

Al recibir su solicitud completa y toda la demás información necesaria, la Oficina del Fondo investigará y verificará sus horas y presentará esta información a la Junta de Síndicos. Aunque la fecha de vigencia de su pensión es el primer día del mes posterior al mes en que se recibe su solicitud (a menos que solicite una fecha de vigencia posterior), el tiempo de procesamiento puede demorar varios meses, según la cantidad de investigación requerida. Además, para una Pensión por incapacidad, la fecha de entrada en vigor de dicha pensión no puede ser anterior a los seis (6) meses después de que haya comenzado la Incapacidad.

Si **NO** está solicitando una Pensión por Incapacidad, ha completado la solicitud.

Si **está** solicitando una pensión por Incapacidad, complete lo siguiente.

SOLICITANTES INCAPACIDAD

El saldo de esta solicitud debe completarse si solicita una Pensión por Incapacidad.

LA JUNTA DE FIDEICOMISARIOS ES EL ÚNICO Y FINAL JUEZ DE SU DERECHO A UNA PENSIÓN POR INCAPACIDAD EN FUNCIÓN DE LAS PRUEBAS PRESENTADAS A LA OFICINA DEL FONDO.

Existen dos tipos de Pensión por Incapacidad:

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Un Participante debe estar totalmente incapacitado como resultado de lesión o enfermedad por participar en cualquier otra actividad lucrativa cualquier tipo de empleo, excepto que los Fideicomisarios determinen que es solo con fines de rehabilitación.

INCAPACIDAD LABORAL

Un Participante debe estar totalmente incapacitado como consecuencia de lesión o enfermedad por participar o realizar los deberes de un Obrero o cualquier otra ocupación dentro de la industria de la construcción a cambio de una remuneración o beneficio, excepto el empleo, según lo determinen los Fiduciarios, es únicamente con el propósito de rehabilitación.

24. Fecha en que se incapacitó por primera vez: _____ Naturaleza de la incapacidad:
_____ (Mes/Año)

25. En caso de accidente, indique las circunstancias: _____

26. Nombre y dirección del médico que lo atendió cuando ocurrió la incapacidad: _____

27. Si no está viendo al mismo médico, proporcione el nombre y la dirección del médico que ahora lo atiende: _____

28. Por favor, describa con sus propias palabras la condición que hace que usted sea incapacitado: _____

29. ¿Cuándo ocurrió esa condición por primera vez? _____

30. ¿Cuándo se vio obligado a dejar de trabajar debido a la condición? _____

31. ¿Ha regresado a algún trabajo en alguna capacidad desde la fecha de su incapacidad?
_____. En caso afirmativo, identifique las fechas, el empleador y el tipo de trabajo realizado.

32. Proporcione el nombre y la dirección de cada médico y/o centro del que recibió tratamiento en relación con su incapacidad y el período de tiempo durante el cual lo trataron.

Nombre del médico/ Nombre de la instalación	Dirección	Número Teléfono
--	-----------	--------------------

Período de tiempo en que se proporcionó el tratamiento: _____

Nombre del médico/ Nombre de la instalación	Dirección	Número Teléfono
--	-----------	--------------------

Período de tiempo en que se proporcionó el tratamiento: _____

Nombre del médico/ Nombre de la instalación	Dirección	Número Teléfono
--	-----------	--------------------

Período de tiempo en que se proporcionó el tratamiento: _____

Nombre del médico/ Nombre de la instalación	Dirección	Número Teléfono
--	-----------	--------------------

Período de tiempo en que se proporcionó el tratamiento: _____

Nombre del médico/ Nombre de la instalación	Dirección	Número Teléfono
--	-----------	--------------------

Período de tiempo en que se proporcionó el tratamiento: _____

Nombre del médico/ Nombre de la instalación	Dirección	Número Teléfono
--	-----------	--------------------

Período de tiempo en que se proporcionó el tratamiento: _____

Nombre del médico/ Nombre de la instalación	Dirección	Número Teléfono
--	-----------	--------------------

Período de tiempo en que se proporcionó el tratamiento: _____

AUTORIZACIÓN MÉDICA

Autorizo al titular de cualquier información médica relacionada con mi condición física, incluidos, entre otros, los resultados de cualquier examen físico o prueba realizada, o cualquier registro hospitalario, a divulgar al Fondo de Pensiones de los Trabajadores de Connecticut o a su representante, cualquiera y cada una de dicha información que entiendo es necesaria para completar mi reclamo de una Pensión por Incapacidad. Se puede usar una copia de esta autorización en lugar del original. Entiendo que esta información es absolutamente confidencial y será utilizada por la Junta de Síndicos para completar mi reclamo según lo requiera el Fondo de Pensiones de los Trabajadores de Connecticut.

33.

_____ (Applicant's Signature)	_____ (Date)
----------------------------------	-----------------

34. ¿Fue la Incapacidad el resultado de una lesión relacionada con el trabajo? Sí No En caso afirmativo, proporcione la siguiente información:
- a. Nombre del empleador: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
- b. Fechas de empleo: Desde: _____ Hasta: _____
- c. Ubicación del trabajo: Ciudad: _____ Estado: _____
- d. Título del trabajo, deberes y responsabilidades en el momento en que ocurrió la lesión: _____
- e. ¿Presentó un Reclamo de Compensación para Trabajadores?: Sí No En caso negativo, sírvase explicar:

35. ¿Ha solicitado una Carta de Aprobación por Incapacidad del Seguro Social? Sí No
En caso afirmativo, ¿cuándo? _____
36. ¿Ha recibido una Carta de Determinación de la Administración del Seguro Social? Sí No
En caso afirmativo, adjunte una copia de la Carta de Determinación.
37. Si ha solicitado una Carta de Aprobación por Incapacidad del Seguro Social pero su reclamo fue denegado, ¿ha presentado una apelación ante la Administración del Seguro Social?
 Sí No
En caso afirmativo, proporcione la fecha en que se presentó su apelación: _____
38. Si no ha solicitado un Carta de Aprobación por Incapacidad del Seguro Social, responda lo siguiente:
- a) ¿Por qué no ha presentado su solicitud? _____
- b) ¿Tiene la intención de presentar una solicitud?: Sí No
- c) Si tiene la intención de presentar una solicitud, indique la fecha: _____

LISTA DE DOCUMENTOS ACEPTABLES PARA PRUEBA DE EDAD

1. Debe presentar UNO (1) de los siguientes:

Acta de nacimiento - Copia aceptable

Certificado de Bautismo - Copia aceptable

Licencia de conducir del estado de Connecticut: se acepta una copia

Declaración en cuanto a la fecha de nacimiento mostrada por un registro de la iglesia, certificada por el custodio de dicho registro. - Copia aceptable

Notificación de Inscripción de Nacimiento en un registro público de estadísticas vitales. - Copia aceptable

Certificación de Registro de Edad por la Oficina del Censo de los Estados Unidos. - Copia aceptable

Registro de Nacimiento en el Hospital certificado por el custodio de dicho registro. - Copia aceptable

Registro de una iglesia o gobierno extranjero: se acepta una copia

2. Si no tiene uno de los documentos enumerados en 1 anterior, debe presentar DOS (2) de los siguientes:

Registro militar - Copia aceptable

Pasaporte - Copia aceptable

Expediente escolar certificado por el custodio de dicho expediente. – Copia aceptable

Póliza de seguro que muestre la edad o fecha de nacimiento. - Copia aceptable

Registros de matrimonio que muestren la fecha de nacimiento o la edad Solicitud de licencia de matrimonio o registro eclesiástico, certificado por el custodio de dicho registro; o certificado de matrimonio certificado. - Copia aceptable

Otras pruebas, como declaraciones firmadas de personas que tengan conocimiento de la fecha de nacimiento, declaración de impuestos firmada, etc.)

Declaración firmada: se requiere declaración notariada original

Declaración de impuestos firmada - Copia aceptable

Declaración firmada por el médico o partera que asistió al parto, en cuanto a la fecha de nacimiento que figura en sus registros. - Documento original notariado requerido

Registro de naturalización - Copia aceptable

Papeles de Inmigración - Copia aceptable

LISTA DE DOCUMENTOS ACEPTABLES PARA PRUEBA DE MATRIMONIO

Registros de matrimonio certificado de matrimonio o registro de la iglesia (certificado por el custodio de dicho registro). - Copia aceptable

NOTA: En todos los casos en que se acepte una copia, se puede requerir un documento original, a discreción de la Oficina del Fondo. Por ejemplo, se requerirá un original si la copia del certificado de nacimiento que presenta no es clara o es ilegible.

NOTICIA IMPORTANTE
A LOS PENSIONISTAS QUE TRABAJAN EN LA CONSTRUCCIÓN DESPUÉS DE LA
JUBILACIÓN

Este es un recordatorio de la suspensión de las disposiciones de beneficios del Plan de Pensión de los Trabajadores de Connecticut (Plan de Pensión) como se establece en la Sección 9.12 y las páginas 61-65 de su Descripción Resumida del Plan. La regla básica es que a un pensionado no se le permite cobrar su beneficio de jubilación mensual y trabajar como obrero en Connecticut, Massachusetts, Rhode Island o Nueva York sin que se le suspenda su beneficio de jubilación al realizar dicho trabajo. Sin embargo, los jubilados mayores de 65 años pueden trabajar en un Empleo cubierto o trabajar como obreros hasta cuarenta (40) horas por mes.

Si se determina que usted ha trabajado en la capacidad de un trabajador como se define en el contrato colectivo de trabajo (CBA) de los trabajadores de Connecticut, ya sea que dicho trabajo también sea reclamado por otro oficio o no, ese empleo se considerará "Empleo descalificador" y su beneficio de jubilación mensual está sujeto a suspensión. Independientemente de su título, si realiza trabajo en el campo, tiene las manos en las herramientas y/o las botas en el suelo en los lugares de trabajo, este empleo se considerará "Empleo descalificador" incluso si solo gasta una fracción de su tiempo en esa capacidad.

Un pensionado puede trabajar para un Empleador Contribuyente en una posición gerencial y continuar cobrando sus beneficios mensuales del Plan de Pensiones. Una posición gerencial es aquella que incluye únicamente responsabilidades que no son de negociación y no incluye ningún trabajo "práctico" en el campo que podría considerarse trabajo bajo el CBA. El Plan de Pensiones puede solicitar una descripción completa del trabajo de su empleador. Nunca se permite un trabajo similar para un empleador no signatario.

Para hacer cumplir estas reglas del Plan de Pensiones, se entregará a cada Sindicato Local una lista de pensionados que han solicitado permiso para trabajar en el ramo de la construcción y están cobrando pensiones mensuales, junto con los nombres de los empleadores de los pensionados. Se instruirá a los Sindicatos Locales para que supervisen la actividad laboral de estos pensionados. De comprobarse infracciones a las normas anteriores, se suspenderán los beneficios mensuales de jubilación de estos pensionados y se aplicarán estrictamente las sanciones del Plan de Pensiones.

Si está trabajando en el comercio de la construcción, está cobrando un beneficio de jubilación mensual y tiene alguna pregunta acerca de si su empleo viola las disposiciones del Plan de Pensiones, le recomendamos que se comunique con la Oficina del Fondo. Solo la Junta de Fideicomisarios puede determinar si sus actividades laborales desencadenan la suspensión de las disposiciones de beneficios del Plan de Pensión.

JUNTA DIRECTIVA

Impacto de retrasar su fecha de jubilación

La normativa obliga al Fondo de Pensiones a informarle de la posible ventaja de esperar para cobrar su prestación de jubilación. Tenga en cuenta que la información que sigue se basa en las suposiciones de que: no habrá cambios en las disposiciones del Plan; usted no gana ningún Crédito de Pensión adicional bajo el Plan; y no habrá ningún cambio en la tasa de acumulación de beneficios aplicable al cálculo de su beneficio. A continuación, describimos el ajuste, si corresponde, a su beneficio de jubilación en caso de que elija una fecha de jubilación posterior:

PENSIÓN DE SERVICIO

Si ha acumulado treinta (30) o más Créditos de pensión, califica para una Pensión de servicio. Si deja de trabajar, no hay aumento o disminución en su beneficio acumulado si se jubila antes de los 65 años o espera hasta cumplir los 65 años. Sin embargo, si ha acumulado menos de treinta y cinco (35) Créditos de Pensión, si continúa trabajando en un Empleo cubierto y continúa acumulando Crédito de pensión adicional, su beneficio de jubilación aumentaría según el Crédito de pensión adicional que gane. Si ha acumulado treinta y cinco o más Créditos de pensión, ha acumulado la Pensión máxima. Los créditos reconocidos bajo el Plan para el cálculo de beneficios y el retraso de su retiro hasta los 65 años (Edad Normal de Retiro) no incrementarán el beneficio actualmente pagadero.

PENSIÓN DE JUBILACIÓN ANTICIPADA

Si elige jubilarse con una Pensión de jubilación anticipada (generalmente pagadera si tiene al menos 55 años) y ha acumulado al menos diez (10) Créditos de pensión, su Pensión regular pagadera a los 65 años se reducirá en un cuarto del uno por ciento (.0025) por cada mes en que la fecha de vigencia de su jubilación (fecha de inicio de la anualidad) sea anterior a los 65 años entre los 60 y los 65 años, más la mitad del uno por ciento (.005) por cada mes en que su fecha de jubilación sea entre los 55 años y 60 años. (Se aplican diferentes factores de ajuste si la última vez que ganó Crédito de pensión bajo el Plan fue antes de 1985). Si retrasa su jubilación hasta los 65 años (Fecha normal de jubilación), su pensión mensual no se reducirá debido a sus años. Cualquier elección que haga para jubilarse con una Pensión de jubilación anticipada se considerará como su consentimiento para comenzar a recibir beneficios antes de su Fecha normal de jubilación.

Ejemplo: un participante con 25 créditos de pensión a una tasa de acumulación de beneficios de \$77 habría acumulado una pensión regular pagadera a los 65 años o \$1,925.00 por mes. Suponiendo que este participante desee jubilarse a los 58 años, su beneficio de jubilación mensual se reduciría durante 60 meses (de 65 a 60 años) en .0025 por mes o 3% por año para una reducción del 15% más una reducción de .005 por mes por cada mes anterior a los 60 años (en este ejemplo, 24 meses) por una reducción adicional del 12 %, lo que produce un factor de reducción total por jubilación anticipada del 27 %. La reducción de la Pensión de Jubilación Anticipada en este ejemplo es $\$1,925.00 \times 27\% = \519.75 , que se resta de la Pensión Regular. 'Como se ilustra en este ejemplo, la pensión de jubilación anticipada pagadera a los 58 años (o siete años antes de los 65) es de $\$1405,25$ ($\$1925,00 - \$519,75 = \$1405,25$). Esta cantidad se paga en forma de Beneficio seguro de cinco años y vitalicio y se ajustaría aún más para los beneficios pagados en forma de Beneficio de esposo y esposa del 50 %, Beneficio de esposo y esposa del 75 %, Beneficio seguro de diez años y Vitalicio, u otra forma opcional de beneficio pagadero bajo el Plan.

Consulte las páginas 26 y 27 de su Descripción resumida del plan para obtener una explicación más detallada del ajuste anterior para una Pensión de jubilación anticipada.

JUBILACIÓN RETRASADA

Si acumuló una (1) hora de servicio bajo este Plan después del 1 de abril de 1989 y elige diferir su fecha de jubilación después de cumplir 65 años, y si no trabaja como obrero por más de 40 horas en un mes, usted tiene derecho a un ajuste de jubilación retrasada del 1 % de aumento mensual por cada mes de aplazamiento de su jubilación después de su edad normal de jubilación hasta 60 meses (1,5 % por cada mes después de los 60 meses). Este ajuste no se otorga por ningún mes en que el individuo trabaje más de 40 horas en un "empleo descalificador". Puede trabajar en un Empleo cubierto después de cumplir 65 años y continuar acumulando Crédito de pensión, sujeto a las disposiciones máximas de Crédito de pensión del Plan.

Consulte la página 59 de la descripción resumida del plan para obtener una explicación más detallada del ajuste anterior por jubilación retrasada.

Además, consulte la página 61 de la descripción resumida del plan para conocer la definición de: "empleo descalificador".

FECHA DE JUBILACIÓN OBLIGATORIA

Las regulaciones requieren que los Participantes comiencen a cobrar los beneficios de jubilación a los que tienen derecho a partir del 1 de abril siguiente al año calendario en que cumplen 70 años y seis (6) meses. Los participantes, sin embargo, deben completar la documentación necesaria para recibir beneficios de jubilación del Plan. Una vez que alcance esta edad, podrá comenzar a cobrar los beneficios de jubilación de este Plan y podrá continuar trabajando como obrero.

Consulte la página 58 de la Descripción resumida del plan para obtener una explicación más detallada de la disposiciones de distribución requeridas. _

CONSULTE LA DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL PLAN PARA OBTENER UNA EXPLICACIÓN DE LOS BENEFICIOS, LOS PASOS ADMINISTRATIVOS REQUERIDOS PARA JUBILARSE Y LAS DISPOSICIONES DE "EMPLEO DESCALIFICANTE".