

CONNECTICUT LABORERS' ANNUITY FUND

DISTRIBUCIÓN EN SERVICIO ANEXO DE SOLICITUD

SECCIÓN 1: PARA SER COMPLETADO POR EL PARTICIPANTE

NOMBRE _____ NUM. SEGURO SOCIAL ***-**-**** _____

Por la presente, solicito una "Distribución en servicio" del Fondo de Anualidades de los Trabajadores de Connecticut ("Fondo") de acuerdo con las disposiciones del Plan y el documento del Plan del Fondo modificado por acción de la Junta de Fideicomisarios. Reconozco que cualquier Distribución durante el servicio se realizará en forma de una suma global y que la cantidad bruta que pueda recibir no puede exceder el menor de: (1) \$20,000; o (2) el 50 % del saldo de mi cuenta siempre que el saldo de mi cuenta al 31 de diciembre anterior fuera de \$5,000.00 o más.

El monto que puede recibir del Fondo obviamente depende del saldo de su Cuenta del Fondo. El monto de la Distribución en servicio para el cual usted es elegible se indica a continuación:

Cantidad bruta máxima de distribución en servicio: \$ _____
(para ser completado por la Oficina del Fondo)

Estoy eligiendo una distribución en servicio por la cantidad bruta de: \$ _____
(a ser completado por el Participante)

En conformidad con la ley federal, su cónyuge, si está casado, debe dar su consentimiento a su solicitud de distribución en servicio. Por lo tanto, debe completar el "Consentimiento del cónyuge" o la "Certificación de que el participante no está casado" en la Sección 2.

Entiendo las siguientes condiciones y reglas de elegibilidad para una Distribución en Servicio:

- **El monto de mi Distribución en servicio no puede exceder el menor de: (1) \$20,000 (bruto); o (2) 50% del Saldo de su Cuenta (bruto).**
- ***El Fondo ha establecido un límite de una (1) Distribución en Servicio por Participante elegible una vez por Año del Plan (del 1 de enero al 31 de diciembre).***

Aquí hay algunos otros elementos importantes a tener en cuenta con respecto a una distribución en servicio:

- La distribución en servicio solo se puede pagar en forma de pago de una suma global, con el consentimiento del cónyuge si está casado (como se indicó anteriormente).
- La Oficina del Fondo debe recibir una Solicitud de servicio debidamente completada, con todas las firmas requeridas y cualquier certificación notarial necesaria, durante el horario comercial habitual (es decir, de 8 a. m. a 3:45 p. m.), siempre que pueda mostrar prueba de vacunación. También puede enviar los documentos por correo a la Oficina del Fondo, 435 Captain Thomas Blvd. West Haven, CT 06516.
- Una distribución en servicio no es una "distribución transferible elegible" según el Plan de Anualidad de los Trabajadores de Connecticut. Por lo tanto, esto significa que el Fondo **NO** está obligado a retener el 20% del impuesto federal sobre la renta obligatorio de su distribución en

servicio. Sin embargo, se le proporcionará un formulario de elección en el que la opción "predeterminada" es una retención del impuesto federal sobre la renta del 10 %, pero tiene la posibilidad de elegir: (a) ninguna retención del impuesto federal sobre la renta (\$0), o (b) una fije la cantidad en dólares además de la retención del impuesto federal sobre la renta del 10%.

- Connecticut exige la retención obligatoria del impuesto sobre la renta estatal sobre las distribuciones de fondos a los residentes de Connecticut. Por lo tanto, el Fondo debe retener montos de una Distribución en servicio emitida a un residente de Connecticut (según un Formulario CT-W4P debidamente completado).
- Si recibe una Distribución en servicio y tiene menos de 59 años y medio, el impuesto adicional del 10 % de la Sección 72(t) se aplicará al monto que reciba como Distribución en servicio, a menos que cumpla con una de las excepciones.
- Debido a que el Fondo no permite reinversiones en el Fondo, cualquier cantidad que reciba del Fondo como una Distribución en servicio NO puede ser "re-contribuída" al Fondo.
- La Cuota de Solicitud de \$50.00 del Fondo de Anualidad se aplicará a las Distribuciones en Servicio.

Si tiene alguna pregunta, puede comunicarse con la Oficina del Fondo al (203) 934-7991 o al número gratuito (800) 922-3240.

SECCIÓN 2: RETIRO EN SERVICIO, COMPLETE LA SECCIÓN A O B

A. CONSENTIMIENTO DEL CÓNYUGE: Esta subsección A **debe** completarse si está casado:

POR LA PRESENTE AFIRMO QUE HE REVISADO LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA A MI CÓNYUGE POR EL FONDO DE ANUALIDAD DE LOS TRABAJADORES DE CONNECTICUT CON RESPECTO AL EFECTO DEL PAGO DE LA SUMA GLOBAL DE UNA DISTRIBUCIÓN EN EL SERVICIO SELECCIONADA POR MI CÓNYUGE. ENTIENDO QUE EL EFECTO DE LA ELECCIÓN POR PARTE DE MI CÓNYUGE PARA RECIBIR BENEFICIOS EN UNA FORMA DIFERENTE A UNA ANUALIDAD CONJUNTA Y DE SOBREVIVENCIA SIGNIFICA QUE LOS BENEFICIOS CÓNYUGES QUE ESTARÁN DISPONIBLES PARA MÍ EN EL FUTURO BAJO UNA ANUALIDAD CONJUNTA Y DE SOBREVIVENCIA SE REDUCIRÁN, Y CONSENTIMIENTO A DICHA ELECCIÓN. HE SIDO INFORMADO Y ENTIENDO QUE EL BENEFICIO PAGABLE SEGÚN LA OPCIÓN DE DISTRIBUCIÓN EN EL SERVICIO SELECCIONADA POR MI CÓNYUGE SERÁ EL "MONTO BRUTO EN EL SERVICIO" QUE SE MUESTRA EN LA SECCIÓN 1, MENOS LA RETENCIÓN DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA APLICABLE.

Suscrito y jurado ante mí
Este ___ día ___ de 20 ___.

Firma del Notario Público
Mi comisión expira: _____

Firma del participante/solicitante

B. CERTIFICACIÓN DE QUE EL PARTICIPANTE NO ESTÁ CASADO: Este inciso B **debe** completarse si **no** tiene cónyuge.

Por la presente certifico y declaro ante el Fondo que actualmente no estoy casado. Acepto notificar a la Oficina del Fondo de *inmediato* si me caso antes de recibir mi Distribución en Servicio.

Suscrito y jurado ante mí
Este ___ día ___ de 20 ___.

Firma del Notario Público
Mi comisión expira: _____

Firma del participante/solicitante

SECCIÓN 3: FIRMA DEL PARTICIPANTE

Esta solicitud debe completarse y firmarse al menos siete (7), pero no más de 180 días antes del comienzo de los beneficios. Al firmar esta solicitud, certifico que he revisado la información contenida en esta solicitud y la "Hoja de Trabajo de Distribución en Servicio" y confirmo que todos los datos concuerdan con mis registros y que he seleccionado la forma de beneficio indicada en este documento. Además, certifico que: (i) mi cónyuge, si corresponde, y yo, hemos recibido de la Oficina del Fondo esta solicitud que contiene una explicación de la forma de beneficio que debe elegirse en relación con una Distribución en Servicio que analiza el impacto de mi elección, (ii) todas las declaraciones hechas en relación con esta solicitud son verdaderas, y (iii) los Fideicomisarios tendrán derecho a recuperar cualquier sobrepago que se me haya hecho.

Firma del participante

Fecha

Solo para uso de la Oficina del Fondo
Fecha de recepción: _____, 2020. Aprobado por: _____
Cantidad de distribución en Servicio: \$ _____
Impuesto Federal W/H (marque uno): 10% (predeterminado); elegido \$0; elegido 10% + \$ _____
Impuesto estatal W/H: _____%