

Connecticut Laborers' Annuity 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>

Complete **TODAS** las secciones aplicables, firme (tanto usted como su cónyuge) en presencia de un notario público y regrese a la dirección que se muestra arriba. Si tiene alguna pregunta, llame a la Oficina del Fondo a uno de los números de teléfono mencionados anteriormente. Si no se completan todas las secciones, o si el formulario no está notariado, su solicitud no se puede procesar. (Cuando se reciba su solicitud completa y toda la información necesaria, su solicitud se procesará dentro de 30 a 45 días). Además, no puede presentar una solicitud más de 90 días antes de su fecha de jubilación.

Para fines del Impuesto Federal y Estatal sobre los ingresos, debe tener en cuenta que este Plan está "Calificado" bajo el Código de Rentas Internas (IRS). Para obtener información sobre el tratamiento fiscal de las distribuciones totales o parciales, o las reinversiones en IRA u otros Planes, consulte a un asesor fiscal calificado.

Los saldos de las cuentas se determinan y el rendimiento de la inversión se aplica anualmente a partir del último día del año fiscal (31 de diciembre) solamente. El monto de la distribución pagada se basará en el saldo de su cuenta al 31 de diciembre anterior. Se hará una segunda distribución si el Fondo recibió contribuciones en el año calendario de su distribución, sujeto a cualquier ganancia o pérdida de inversión atribuible a esas contribuciones, y una evaluación de los gastos administrativos y se pagará después de la próxima valoración, siempre que siga siendo elegible para recibir esa distribución, generalmente a mediados de marzo del año siguiente.

Hay una tarifa de procesamiento administrativo de \$ 50.00. Si su solicitud es aprobada, se deducirán \$50.00 de su cuenta antes del pago a usted. Esta tarifa de procesamiento solo se evaluará una vez por solicitud. Si tiene un saldo restante en su cuenta (para las contribuciones recibidas entre el 31 de diciembre inmediatamente anterior a su distribución y la fecha de su distribución) y ese saldo se le paga automáticamente posteriormente, esa distribución no se cobrará una tarifa de procesamiento.

Nota: En esta solicitud, "Participante" se refiere a la persona a cuyo nombre se enumera la cuenta, y "Cónyuge" se refiere a una persona legalmente casada con un Participante y / o una persona en una relación con un Participante si esa relación se reconoce como un matrimonio válido según la Ley Estatal aplicable.

SECCIÓN 1 - INFORMACIÓN GENERAL

ESTA SECCION DEBE SER COMPLETADA POR TODOS LOS SOLICITANTES

Motivo de la distribución: Jubilación Discapacidad Muerte

Terminación/Retiro del trabajo en Empleo Cubierto

Beneficiario suplente de conformidad con un QDRO

Alcanzar los 65 años

Distribución obligatoria (edad 70-1/2 o edad 72)

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

(Letra de molde por favor)

Nombre completo _____ Sindicato Local _____

Dirección _____

Ciudad

Estado

Código Postal

Correo electrónico: _____ Num. Teléfono: _____

Num. Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____

Estado civil: Casado Soltero (nunca casado) Divorciado Viudo

Independientemente del país donde resida, ¿es ciudadano de los Estados Unidos? Sí No

Si no es ciudadano estadounidense, indique su país de ciudadanía. _____

¿Cuál es su país de residencia para propósitos de impuestos? _____

SI USTED ES CIUDADANO DE LOS ESTADOS UNIDOS O SI ES UN EXTRANJERO RESIDENTE, COMPLETE Y DEVUELVA EL FORMULARIO W-9 (ADJUNTO) CON SU SOLICITUD COMPLETA

Si usted, el solicitante no es el Participante, Miembro o Beneficiario Suplente, proporcione la siguiente información sobre el Participante/Miembro:

Nombre del participante _____

Su relación con el participante _____

Seguro Social del Participante _____

Fecha de nacimiento del participante _____ Fecha de defunción del participante _____

SECCIÓN 2 - ELECCIÓN DEL MÉTODO DE DISTRIBUCIÓN

ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR TODOS LOS SOLICITANTES

TENGA EN CUENTA QUE TODOS LOS PAGOS SE BASAN EN EL SALDO DE SU CUENTA A PARTIR DE LA ÚLTIMA FECHA DE VALORACIÓN.

Las disposiciones actuales del Plan permiten que un Participante reciba el pago, si califica, en uno de los siguientes métodos (algunos métodos de pago pueden estar prohibidos por un QDRO):

- A Un pago de la suma global
- A-1 100% del Saldo de la Cuenta
 - A-2 Una distribución parcial de \$ _____, Dejando cualquier resto en su cuenta

(LAS OPCIONES B - E SOLO ESTÁN DISPONIBLES SI EL SALDO DE SU CUENTA EXCEDE LOS \$5,000) Si el saldo de su cuenta es de \$5,000 o menos, usted está obligado a recibir su distribución en una suma global.

- B **Cuotas anuales:** puede optar por recibir beneficios en cuotas anuales aproximadamente iguales durante un período que no exceda los quince (15) años. (Si elige este método, indique el número de cuotas anuales: _____). Si elige cuotas anuales, debe completar el formulario de designación de beneficiario incluido en la Sección 5 de esta solicitud.
- C **Una anualidad conjunta y de sobreviviente del 50%:** puede optar por que se le hagan pagos mensuales durante toda su vida que, después de su muerte, continuarán con su cónyuge durante toda su vida al 50% de la cantidad que recibió. Este es el formulario de pago normal si está casado. También puede elegir una anualidad conjunta y de sobreviviente del 75% o 100% que proporcionará mayores pagos mensuales a su cónyuge si muere. Si desea cotizaciones en estos formularios de pago, notifique a la Oficina del Fondo.
- D **Una anualidad de por vida:** puede elegir que se le realicen pagos mensuales solo a usted de por vida. No se harán pagos a su cónyuge o beneficiario después de su muerte. Esta es la forma de pago normal si no está casado.
- E **Un pago combinado:** puede optar por recibir una parte de su cuenta como un pago de suma global con el saldo pagado como B, C o D, arriba. Si elige una de estas combinaciones, debe completar el formulario de designación de beneficiario incluido como Sección 5 de esta Solicitud.
- E-1 Pago inicial de suma global de \$ _____, y el saldo en cuotas iguales a lo largo de los años (véase B arriba).
 - E-2 Pago inicial de una suma global de \$ _____, y el saldo como un 50% Conjunto y Anualidad del sobreviviente (ver C arriba).
 - E-3 Pago único inicial de \$ _____, y el saldo como Anualidad de por vida (véase D arriba).

Prueba de edad y matrimonio - Adjunte una copia de su certificado de nacimiento o bautismo, o una copia certificada con un sello original. (Las fotocopias no son aceptables a menos que un notario o secretario municipal certifique que son copias verdaderas). Todos los documentos originales serán devueltos con prontitud. Si está casado, también debe proporcionar prueba de la edad de su cónyuge y prueba de matrimonio. Al final de esta solicitud se incluye una lista de documentos aceptables para la prueba de edad.

Todos los Participantes casados que no elijan recibir sus beneficios al momento de la jubilación como una Anualidad Conjunta y de Sobreviviente del 50% deben rechazarla por escrito con el consentimiento de su cónyuge. (La Anualidad Conjunta y de Sobreviviente del 50% (Opción C) proporciona un beneficio de por vida al Participante con un beneficio de por vida del 50% para el cónyuge en caso de que sobreviva al Participante). Para obtener el pago como se indica en la opción A, B, D o E, debe rechazar la Anualidad Conjunta y de Sobreviviente del 50% y su cónyuge debe dar su consentimiento a ese rechazo completando la Sección 4 de esta solicitud. Revise el Aviso de Anualidad Conjunta y de Sobreviviente Calificado adjunto que analiza el impacto financiero y los beneficios estimados al elegir diferentes formas de pago de beneficios.

SECCIÓN 3 - VERIFICACIÓN DE LA TERMINACIÓN DEL EMPLEO CUBIERTO

ESTA SECCIÓN DEBE COMPLETARSE SI SE SOLICITA LA DISTRIBUCIÓN DEBIDO A LA RETIRADA DEL EMPLEO CUBIERTO

TERMINACIÓN DEL EMPLEO CUBIERTO: una distribución debido a la terminación / retiro del trabajo en el Empleo Cubierto no se puede hacer hasta que hayan transcurrido al menos tres (3) meses calendario consecutivos completos hasta la fecha de distribución desde la fecha en que el Fondo de Anualidades recibió por última vez las contribuciones en su nombre. **Si las contribuciones se reciben en función de su trabajo en el Empleo Cubierto después de los tres (3) meses mencionados anteriormente, no tendrá derecho a una distribución bajo esta Sección del Plan.**

Ingrese la última fecha de empleo como obrero sindical dentro de la jurisdicción de los Obreros de Connecticut. Indique el nombre del contratista y la ciudad o pueblo en el que trabajó por última vez.

Fecha Último trabajo	Nombre del empleador	Ciudad o pueblo En que usted trabajó como Obrero Sindical
-------------------------	----------------------	---

Después de la última fecha en que trabajó como obrero sindical, ¿ha trabajado en otro empleo?

SÍ NO

Si la respuesta es no, indique la fuente de ingresos y la razón por la que no está empleado: _____

Si la respuesta es sí, proporcione la siguiente información para cada empleador para el que haya trabajado desde la última vez que trabajó como obrero sindical. **ES POSIBLE QUE SE LE SOLICITE QUE ENVÍE UNA VERIFICACIÓN ADECUADA DE SU ACTIVIDAD LABORAL. SI USTED ES MIEMBRO DE UN NUEVO SINDICATO, PROPORCIONE ESA TARJETA DE LA UNIÓN.**

Fechas trabajadas	Nombre del empleador	Ciudad o pueblo en el que trabajó
Desde: _____ Hasta: _____	_____	_____

Título, deberes laborales y descripción del trabajo realizado: _____

Fechas trabajadas	Nombre del empleador	Ciudad o pueblo en el que trabajó
Desde: _____ Hasta: _____	_____	_____

Título, deberes laborales y descripción del trabajo realizado: _____

Fechas trabajadas	Nombre del empleador	Ciudad o pueblo en el que trabajó
Desde: _____ Hasta: _____	_____	_____

Título, deberes laborales y descripción del trabajo realizado: _____

Fechas trabajadas	Nombre del empleador	Ciudad o pueblo en el que trabajó
Desde: _____ Hasta: _____	_____	_____

Título, deberes laborales y descripción del trabajo realizado: _____

SECCIÓN 4 - RENUNCIA AL 50% DE ANUALIDAD CONJUNTA Y DE SOBREVIVIENTE Y CONSENTIMIENTO DEL CÓNYUGE A LA RENUNCIA

NOTA: La firma de su cónyuge se requiere a continuación a menos que no esté casado. Si no está casado, por favor proporcione lo siguiente:

Si está divorciado, adjunte una copia del decreto de divorcio.

Si el cónyuge ha fallecido, adjunte una copia del certificado de defunción.

Si nunca se casó, adjunte la Declaración Jurada de Estado Civil adjunta (notariada), incluyendo los nombres y direcciones de dos (2) referencias que darán fe.

ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL CÓNYUGE DE CUALQUIER PARTICIPANTE QUE NO ELJA RECIBIR EL PAGO EN FORMA DE UNA ANUALIDAD CONJUNTA Y DE SOBREVIVIENTE DEL 50%

Por la presente, doy mi consentimiento a la solicitud de pago de mi cónyuge del Fondo de Anualidades en forma de _____ en lugar de una anualidad conjunta y de sobreviviente del 50%.
(Insertar método de distribución de la Sección 2 de esta solicitud)

Además, por la presente reconozco y entiendo lo siguiente:

- Mi consentimiento a la renuncia a la anualidad conjunta y de sobreviviente del 50% significa que perderé mis derechos a un beneficio mensual que tendría derecho a recibir tras la muerte de mi cónyuge;
- Que la elección por parte de mi cónyuge de una forma de pago que no sea una anualidad conjunta y de sobreviviente del 50% no es válida a menos que yo lo consienta;
- Que no tengo que firmar este consentimiento y lo estoy haciendo voluntariamente;
- Que, si mi cónyuge elige una opción de pago a plazos, cualquier designación de beneficiario también está sujeta a mi consentimiento; y
- Que mi consentimiento es irrevocable a menos que mi cónyuge revoque la renuncia

Además, reconozco que he leído y entiendo el documento que me proporcionaron titulado "Plan de anualidades de los Obreros de Connecticut - Explicación de los derechos del cónyuge relacionados con el pago de beneficios".

Firma del cónyuge

Fecha

(DEBE ESTAR FIRMADO Y FECHADO EN PRESENCIA DEL NOTARIO)

Número de Seguro Social del Cónyuge: _____

Fecha de nacimiento del cónyuge: _____ Fecha de matrimonio: _____

RECONOCIMIENTO DEL NOTARIO DEL CONSENTIMIENTO DEL CÓNYUGE Y RENUNCIA AL 50% DE LA UNIÓN Y ANUALIDAD DEL SOBREVIVIENTE

(Todos los artículos que siguen en esta página DEBEN ser completados por el Notario)

Estado de: _____

Condado de: _____ SS: _____

En el ___ día de ___ 20__ ante mí _____ conocido por ser la persona descrita aquí y quien ejecutó la declaración anterior en mi presencia y me reconoció debidamente que ejecutó lo mismo que su libre acto y escritura para los fines contenidos en ella. En testimonio de lo cual, por la presente, pongo mi mano:

Firma del Notario Público (Se requiere sello levantado)

Mi comisión Expira _____

SECCIÓN 5A-DESIGNACIÓN DEL BENEFICIARIO Y CONSENTIMIENTO PARA LA DESIGNACIÓN DEL BENEFICIARIO

ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR LOS SOLICITANTES QUE ELIJAN UNA FORMA DE PAGO QUE NO SEA UNA ANUALIDAD CONJUNTA Y DE SOBREVIVIENTE O UNA ANUALIDAD VITALICIA.

Entiendo que si estoy casado y designo a alguien que no sea mi cónyuge para recibir beneficios pagaderos a causa de mi muerte, mi cónyuge debe dar mi consentimiento a esa designación. También entiendo que el consentimiento de mi cónyuge debe ser por escrito y presenciado por un notario público o representante del plan, a menos que certifique que no puedo localizar a mi cónyuge.

Por la presente, revoco todas las designaciones anteriores de beneficiario(s) primario(s) y contingente(s) bajo el Plan de Anualidades de los Obreros de Connecticut (el "Plan") y ordeno que los montos a los que tengo derecho bajo el Plan se paguen, después de mi muerte, de la siguiente manera:

Nombre y dirección del (los) beneficiario(s) primario(s)	Relación	Núm. Seguro Social
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Si se nombra a más de un beneficiario principal, se repartirán a partes iguales, a menos que se indique lo contrario.

Si mi(s) beneficiario(s) principal(es) me precede, o renuncia a la totalidad o parte de los beneficios proporcionados bajo el Plan, entonces mi(s) beneficiario(s) contingente(s) que tendrán derecho a recibir montos a los que tengo derecho bajo el Plan son los siguientes:

Nombre y dirección del (los) beneficiario(s) contingente	Relación	Número de Seguro Social
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Si se nombra a más de un beneficiario contingente, compartirán por igual, a menos que se indique lo contrario.

Si no tengo ningún beneficiario sobreviviente cuando muera, el saldo de mi cuenta se distribuirá bajo los términos del Plan.

Los derechos de los beneficiarios designados en este formulario están sujetos a los términos y condiciones del Plan.

El pago de mi cuenta a los beneficiarios designados en este formulario será una liberación total y completa de los Fideicomisarios y el Fondo, en la medida de dicho pago.

Entiendo que en cualquier momento puedo revocar, alterar o enmendar esta designación de beneficiario con el consentimiento por escrito de mi cónyuge o mi certificación de que no estoy casado o no puedo localizar a mi cónyuge. Entiendo que si ahora estoy casado y luego me divorcio y me caso con otra persona, esta designación automáticamente será nula. Si designo a un beneficiario que no sea mi nuevo cónyuge, debo tener el consentimiento por escrito de mi nuevo cónyuge, presenciado por un notario público. También entiendo que, si ahora no estoy casado, luego me caso y luego muero sobrevivido por mi cónyuge, esta designación será inválida y mi cónyuge sobreviviente será mi beneficiario a menos que haya consentido, por escrito, presenciado por un Notario Público a una designación de beneficiario diferente.

Fecha

Firma del solicitante

Firma del testigo

SECCIÓN 5B - CONSENTIMIENTO DEL CÓNYUGE PARA LA DESIGNACIÓN DE UN BENEFICIARIO DISTINTO DEL CÓNYUGE

ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL CÓNYUGE SÓLO SI EL CÓNYUGE NO ES DESIGNADO COMO BENEFICIARIO

Por la presente certifico que soy el Cónyuge del participante mencionado anteriormente y he leído la Sección de Designación de Beneficiario (Sección 6A) de esta solicitud como completada y firmada por el Participante. Entiendo que, a la muerte del Participante, tengo derecho a cualquier beneficio no pagado del Plan a menos que dé mi consentimiento para la designación del Participante de un beneficiario que no sea cónyuge. Al otorgar este consentimiento, entiendo que estoy renunciando a cualquier derecho que pueda tener a cualquier beneficio bajo el Plan si el Participante muere, excepto en la medida en que él o ella pueda nombrarme específicamente como Beneficiario. El beneficiario o beneficiarios designados no pueden ser cambiados en ningún momento durante el cual estoy casado con el Participante (excepto para designarme como su único beneficiario principal) sin mi consentimiento por escrito en un formulario proporcionado por la Oficina del Fondo.

_____ Firma del cónyuge _____ Fecha _____

(DEBE ESTAR FIRMADO Y FECHADO EN PRESENCIA DEL NOTARIO)

RECONOCIMIENTO DEL NOTARIO AL CONSENTIMIENTO DEL CÓNYUGE PARA LA DESIGNACIÓN DE UN BENEFICIARIO QUE NO SEA EL CÓNYUGE

Estado de _____
Condado de _____ SS: _____
En _____ el día _____, 20 _____ ante mí _____

_____ se sabe que es la persona descrita en este documento y quien ejecutó la declaración anterior en mi presencia y me reconoció debidamente que ejecutó lo mismo que su libre acto y escritura para los fines contenidos en ella. En testimonio de lo cual, por la presente, pongo mi mano:

_____ Firma del Notario Público (Se requiere sello levantado)

Mi comisión expira _____

SECCIÓN 7- AFIRMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR TODOS LOS SOLICITANTES

Por la presente, declaro que la información proporcionada por mí en esta solicitud es correcta a mi leal saber y entender y solicito el pago como he indicado. Entiendo que el pago no se me puede hacer antes del 1 de abril del año siguiente al año en que cumplo 70-1/2 años (edad 72 para algunos miembros) sin mi consentimiento, y doy mi consentimiento expreso para la recepción de una distribución en el momento actual. Reconozco que una vez que el pago ha comenzado, no puedo cambiar el método de distribución. Además, por la presente doy fe de que me he retirado y/o no estoy involucrado en un empleo como obrero en ninguna fase de la industria de la construcción dentro del Estado de Connecticut.

Firma del solicitante

Fecha

(DEBE ESTAR FIRMADO Y FECHADO EN PRESENCIA DEL NOTARIO)

RECONOCIMIENTO DEL NOTARIO A LA AFIRMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

(Todos los elementos que siguen en esta página **DEBEN** ser completados por el Notario)

Estado de _____

Condado de _____ SS _____

En el _____ día de _____, 20_____

Ante mí _____ conocido por ser la persona

descrito en este documento y quien ejecutó la declaración anterior en mi presencia y me reconoció debidamente que ejecutó lo mismo que su acto y escritura libre para los fines contenidos en ella. En testimonio de lo cual, por la presente, pongo mi mano:

Firma del Notario Público (Se requiere sello levantado)

Mi comisión expira: _____

SECCIÓN 8 – INFORMACIÓN SOBRE DISCAPACIDAD

ESTA SECCIÓN DEBE COMPLETARSE SI LA DISTRIBUCIÓN SE BASA EN LA DISCAPACIDAD

DADO QUE ES EL RECIBO DE UNA SOLICITUD COMPLETA LO QUE DETERMINARÁ LA FECHA DE EFECTO LO MÁS PRONTO POSIBLE PARA CUALQUIER BENEFICIO QUE PUEDA SER PAGADERO, USTED PUEDE PRESENTAR LA SOLICITUD LO ANTES POSIBLE, INCLUSO SI LA INFORMACIÓN MÉDICA NO SE PUEDE PRESENTAR AL MISMO TIEMPO. SI PRESENTA LA SOLICITUD SIN LA EVIDENCIA MÉDICA, SE REQUIERE QUE LA EVIDENCIA MÉDICA SE PRESENTE DENTRO DE UN TIEMPO RAZONABLE DESPUÉS DE LA PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD.

LA FECHA EFECTIVA PARA UNA DISTRIBUCIÓN DEBIDO A UNA DISCAPACIDAD NO PUEDE SER ANTERIOR A SEIS MESES DESPUÉS DE QUE COMENZÓ SU DISCAPACIDAD (LA FECHA EN QUE SE VIO OBLIGADO A DEJAR DE TRABAJAR) O EL PRIMER DÍA DEL SÉPTIMO (7^o) PERÍODO CALENDARIO DESPUÉS DEL MES EN QUE LA ADMINISTRACIÓN DEL SEGURO SOCIAL DETERMINÓ QUE ESTABA DISCAPACITADO.

¿Su discapacidad está relacionada con el trabajo? SÍ NO

Si la respuesta es afirmativa, proporcione el nombre y la dirección del empleador en el momento de la lesión, la fecha de la lesión, la naturaleza de la discapacidad y el tipo de trabajo que normalmente realizaba para el empleador.

Nombre del empleador: _____

Dirección: _____

Fecha de la lesión: _____ Tipo de trabajo: _____

Descripción de la discapacidad: _____

¿Su discapacidad está relacionada con el servicio militar? SÍ NO

Si la respuesta es afirmativa, por favor proporcione la rama de las Fuerzas Armadas en la que sirvió; fecha de aparición inicial de la lesión/enfermedad y la naturaleza de su discapacidad.

Rama de las Fuerzas Armadas: _____

Fecha de inicio inicial de la lesión/enfermedad: _____

Descripción de la discapacidad: _____

Si su discapacidad no está relacionada con el trabajo o relacionada con el servicio militar, proporcione la fecha en que quedó discapacitado por primera vez y la naturaleza de su discapacidad.

Fecha en que se deshabilitó por primera vez: _____ Naturaleza de la discapacidad: _____

Si su discapacidad está relacionada con un accidente, describa las circunstancias del accidente:

Nombre y dirección del médico que lo atendió cuando ocurrió su discapacidad.

Nombre: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad y Estado Código postal

Si actualmente no está viendo al mismo médico, proporcione la dirección del nombre del médico que ahora lo atiende.

Nombre: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad y Estado Código postal

¿Ha solicitado los beneficios del Seguro Social?: Sí No

He recibido una respuesta de la Administración del Seguro Social (Sírvese proporcionar una copia de su carta de determinación).

No he recibido una respuesta de la Administración del Seguro Social.

Si no ha recibido una determinación de la Administración del Seguro Social o si no tiene la intención de solicitar los Beneficios por Discapacidad del Seguro Social, comuníquese con la Oficina del Fondo para preguntar sobre el tipo de información médica que debe proporcionarse para una Discapacidad Ocupacional.

NOTA ESPECIAL: Es posible que se requiera investigación como resultado de su solicitud, para lo cual el Fondo tendrá que hacer consultas. Por lo tanto, le agradeceríamos que firmara la siguiente autorización para divulgar información.

AUTORIZACIÓN MÉDICA (Solo solicitantes de discapacidad)

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 Anualidades de los Obreros de Connecticut o a su representante, cualquier y toda la información que entiendo que se requiere para completar mi reclamo de una distribución basada en la discapacidad hecha al Fondo de Anualidades de los Obreros de Connecticut. Se podrá utilizar una copia de esta autorización en lugar del original. Entiendo que esta información será utilizada por la Junta de Síndicos del Fondo de Anualidades de los Obreros de Connecticut únicamente para completar mi reclamo según lo requerido por el Fondo de Anualidades de los Obreros de Connecticut.

Firma del Solicitante

Fecha

LISTA DE DOCUMENTOS ACEPTABLES PARA LA PRUEBA DE EDAD

1. Puede enviar uno (1) de los siguientes para usted y su cónyuge, si corresponde:

UN CERTIFICADO DE NACIMIENTO (copia aceptable)

LICENCIA DE CONDUCIR VÁLIDA (copia aceptable)

UN CERTIFICADO DE BAUTISMO (copia aceptable)

UNA DECLARACIÓN DE LA FECHA DE NACIMIENTO mostrada por un registro de la iglesia, certificado 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 HOSPITALARIO certificado por el custodio de dicho registro. (copia aceptable)

REGISTRO DE IGLESIA O GOBIERNO EXTRANJERO. (Original requerido)

2. Si no tiene uno de los documentos anteriores, debe presentar DOS (2) de los siguientes:

REGISTRO MILITAR (Original requerido)

PASAPORTE (Original Requerido)

REGISTRO ESCOLAR certificado por el custodio de dicho registro. (copia aceptable)

UNA 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 de la iglesia, certificado por el custodio de dicho registro, o certificado de matrimonio. *Requerido por todos los participantes casados.* (Copia aceptable)

OTRAS PRUEBAS como declaraciones firmadas de personas que tengan conocimiento de la fecha de nacimiento, declaración de impuestos, etc.

UNA DECLARACIÓN FIRMADA POR EL MÉDICO O PARTERA que asistió al parto, en cuanto a la fecha de nacimiento que se muestra en sus registros. **(Se requiere documento notariado original)**

REGISTRO DE NATURALIZACIÓN (Original Requerido)

DOCUMENTOS DE INMIGRACIÓN (Original Requerido)

LISTA DE DOCUMENTOS ACEPTABLES PARA LA 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 una copia sea aceptable, se puede requerir un documento original, en el Fondo Discreción de la oficina.