

Dear Participant:

Enclosed you will find an Application to apply for benefits and a Pension Estimate Report for pension benefits, including instructions on how to prove your age.

Please make sure that you answer **all** questions and sign your Application personally. **All applicants must submit proof of their age when filing an Application.**

The federal law requires that all benefits must be calculated as both a Spousal Pension as well as a Single Life Pension. So, that we may comply with these laws, please answer the pertinent questions relating to your marital status in Section 2 of the Application. **You must also submit a copy of your marriage certificate and proof of age for your spouse.**

Any unmarried applicants should write, *"not married"* in Section 2 (9), **and, if applicable, provide proof of your marital status (divorce decree, spouse's death certificate, etc.) as described on the Verification of Marital Status Form.**

Please return the completed Application along with all necessary documentation to us. Once we receive your Application, you will receive a letter acknowledging receipt of your Application. After your Application is complete and verified, you will receive an approval letter. Importantly, please note that if you do not complete the required forms with 180 days, your Application will expire, and you will have to reapply for your benefits. You should keep all correspondence received from this office for your records.

If you have any questions, please do not hesitate to contact the Pension Fund Office.

Estimado(a) participante:

Adjunto encontrará una solicitud de beneficios y un informe de cálculo de pensión con instrucciones sobre cómo acreditar su edad.

Asegúrese de responder a **todas** las preguntas y firmar la solicitud en su propio nombre. **Todos los solicitantes deben presentar un documento de prueba que acredite su edad al presentar la solicitud.**

En virtud de la legislación federal, todos los beneficios se deben calcular tanto como pensión conyugal como pensión vitalicia individual. Para que podamos cumplir con estas leyes, responda las preguntas pertinentes relativas a su estado civil en la Sección 2 de la solicitud. **También deberá presentar una copia de su certificado de matrimonio y un documento de prueba que acredite la edad de su cónyuge.**

Los solicitantes que no estén casados deben escribir *"no casado/a"* en la Sección 2 (9) y, **si corresponde, proporcionar un documento de prueba que acredite su estado civil (sentencia de divorcio, certificado de defunción del cónyuge, etc.) como se describe en el Formulario de verificación del estado civil.**

Regrese la solicitud completada junto con toda la documentación necesaria. Una vez que recibamos su solicitud, le enviaremos una carta para confirmar la recepción. Una vez que su solicitud esté completada y verificada, recibirá una carta de aprobación. Es importante tener en cuenta que, si no completa los formularios requeridos en un plazo de 180 días, su solicitud vencerá y tendrá que volver a solicitar sus beneficios. Debe conservar toda la correspondencia recibida de esta oficina para sus archivos.

Si tiene alguna pregunta, no dude en comunicarse con la Oficina de Fondos de Beneficios.

NOTE:

- (1) An application should be submitted **no more than SIX** (6) months in advance of the date when your pension is to begin. You must apply using this Application form.
- (2) After you submit your Application to the Fund Office, you will receive a letter acknowledging its receipt. You will be advised if any further information is needed.
- (3) You will be notified in writing of the decision made by the Fund on your Application.

NOTA:

- (1) Debe presentar la solicitud **como máximo SEIS** (6) meses antes de la fecha de inicio de la pensión. Para ello, deberá presentar este formulario de solicitud.
- (2) Una vez que envíe su solicitud a la Oficina de Fondos, le enviaremos una carta para confirmar la recepción. Se le informará si se necesita información adicional.
- (3) Se le notificará por escrito la decisión que tome el Fondo sobre su solicitud.

NIPF Application Checklist

(Legible and complete copies must be provided)

- ☐ NIPF Application for Benefits (signed and dated)
- ☐ Proof of Age (birth certificate, passport, Real ID, or naturalization record)
- ☐ Proof of Age for Spouse, if applicable (birth certificate, passport, Real ID, or naturalization record)
- ☐ Marriage Certificate, if applicable
- ☐ Verification of Marital Status form, provided by Fund (signed and dated)
- ☐ Death Certificate, if applicable
- ☐ Divorce Decree (complete copy including any property settlement agreement)
- ☐ Proof of Name Change, if any
- ☐ Proof of Social Security Number, if different numbers have been used

Proof of Age Instructions

One of the types of proof of age listed below must be provided. Please provide a photocopy of one of the preferred documents listed below. If a preferred document is not available, you may submit an alternative document. Additional proof of age may be requested if the Fund determines that the document that you submit is not adequate.

Do not submit your original documents.

Note: If your name was legally changed (such as by marriage), submit additional documents showing the name change. Acceptable documents for legal name change include a court order or a divorce decree and any previous marriage certificates.

Preferred Proof of Age Documents

- A Birth Certificate
- Real ID
- Passport
- Naturalization record

Alternative Proof of Age Documents

- A baptismal certificate
- Notification of registration of birth in a public registry of vital statistics
- Certification of record of age by the U.S. Census Bureau
- Hospital birth record, certified by the custodian of such record
- A foreign government record
- Immigration papers
- Military record
- School record, certified by the custodian of such record

Lista de verificación de la solicitud del Fondo Nacional de Pensiones para la Industria

(Deben proporcionarse copias legibles y completas)

- ☐ Solicitud de beneficios del Fondo Nacional de Pensiones para la Industria (National Industry Pension Fund, NIPF, por sus siglas en inglés) (firmada y fechada)
- ☐ Documento de prueba que acredite la edad (certificado de nacimiento, pasaporte, identificación o registro de naturalización)
- ☐ Documento de prueba que acredite la edad de su cónyuge, si corresponde (certificado de nacimiento, pasaporte, identificación o registro de naturalización)
- ☐ Certificado de matrimonio, si corresponde
- ☐ Formulario de verificación del estado civil, proporcionado por el Fondo (firmado y fechado)
- ☐ Certificado de defunción del cónyuge, si corresponde
- ☐ Sentencia de divorcio (copia completa, incluido cualquier acuerdo de división de bienes)
- ☐ Documento de prueba que acredite el cambio de nombre, si corresponde
- ☐ Comprobante del número de Seguro Social, si se usaron diferentes números

Instrucciones para la acreditación de edad

Deberá presentar uno de los siguientes tipos de documentos de prueba para acreditar su edad. Adjunte una fotocopia de uno de los documentos preferentes que se enumeran a continuación. Si no cuenta con uno de los documentos enumerados como preferentes, podrá presentar un documento alternativo. Se podrá solicitar un documento de prueba adicional si el Fondo determina que el documento que usted presenta no es suficiente.

No envíe los documentos originales.

Nota: Si se cambió legalmente el nombre (como en el caso de matrimonio), presente documentos adicionales que demuestren los cambios en el nombre. Entre los documentos aceptables para el cambio legal de nombre se incluyen una orden judicial o una sentencia de divorcio, y cualquier certificado de matrimonio anterior.

Documentos de prueba preferentes para acreditar la edad

- Certificado de nacimiento
- Identificación
- Pasaporte
- Registro de naturalización

Documentos de prueba alternativos para acreditar la edad

- Certificado de bautismo
- Notificación de registro de nacimiento en un registro civil público
- Certificación del registro de edad emitido por la Oficina del Censo de EE. UU.
- Certificado de nacimiento emitido por el hospital, certificado por el responsable de su custodia
- Documento oficial emitido por un Gobierno extranjero
- Documentos de inmigración
- Expediente militar

Expediente escolar, certificado por el responsable de su custodia

NATIONAL INDUSTRY PENSION FUND (NIPF) APPLICATION SOLICITUD DEL FONDO NACIONAL DE PENSIONES PARA LA INDUSTRIA

SECTION 1 / SECCIÓN 1

Please read this pension application carefully before answering any questions. Read all instructions and make sure your answers are correct, complete, and legible. Submit your application **no more than SIX (6) MONTHS** prior to your retirement date / Lea con atención esta solicitud de pensión antes de responder cualquier pregunta. Lea todas las instrucciones y asegúrese de que sus respuestas sean correctas, completas y legibles. Debe presentar la solicitud **como máximo SEIS (6) MESES** antes de la fecha de retiro.

SECTION 2 / SECCIÓN 2

PERSONAL DATA / DATOS PERSONALES

1. Name /
Nombre

SSN or UID / Número
de Seguro Social o
identificación universal

*Last /
Apellido*

*First /
Primer Nombre*

*Middle /
Segundo nombre*

2. Address /
Dirección

*Number and Street /
Número y calle*

*City or Town /
Ciudad*

*State /
Estado*

*Zip /
Código
postal*

3. Date of Birth /
Fecha de nacimiento

4. Phone No. / ()
N.º de teléfono:

5.

*Month/Day/Year /
Mes/día/año*

*(Area Code) Phone Number /
(Código de área) número de
teléfono*

*SEIU Local Union Number /
Número de sindicato local de
SEIU*

6. Email Address: / Dirección de correo electrónico:

7. Date you last worked or plan to stop working /
Fecha en la que trabajó por última vez o
planea dejar de trabajar.

Month / Mes

Day / Día

Year / Año

8. Earliest date you wish benefits to begin. This date must be after the date you stopped working or will stop working and also after the date of your application. / Fecha más cercana en la que desea que comiencen los beneficios. Esta fecha debe ser posterior a la fecha en que dejó o dejará de trabajar, y también posterior a la fecha de la solicitud

Month / Mes

Day / Día

Year / Año

9. Marital Status (check one) /
Estado civil (marque una opción)

- ☐ Married (Legally) / Casado/a (legalmente)
 ☐ Separated / Separado/a
 ☐ Divorced / Divorciado/a
 ☐ Widowed / Viudo/a
 ☐ Never married / Nunca se casó

10. Spouse's name /
Nombre del cónyuge

Spouse's SSN/SIN /
Número de Seguro Social
o identificación universal
del cónyuge

11. Spouse's date of
birth /
Fecha de nacimiento
del cónyuge

Date of Marriage /
Fecha del matrimonio

SECTION 3 / SECCIÓN 3

QUALIFIED DOMESTIC RELATIONS ORDERS / ORDEN JUDICIAL DE RELACIONES DOMÉSTICAS CALIFICADA

12. Have your pension benefits under this Plan been assigned to a spouse, child, or other person under any court order relating to the dissolution of a previous marriage (or a separation) or relating to child support payments? / Especifique si los beneficios de su pensión según este plan se han asignado a su cónyuge, hijo u otra persona en función de una orden judicial relacionada con la disolución de un matrimonio anterior (o una separación) o los pagos de manutención infantil.

Yes / Sí ☐ No / No ☐

If "yes," attach a complete copy of the Order to your application. / Si la respuesta es "Sí", adjunte una copia completa de la orden a su solicitud.

SECTION 4 / SECCIÓN 4

TYPE OF PENSION / TIPO DE PENSIÓN

13. If eligible, I wish to apply for a (check one): / De ser elegible, deseo solicitar lo siguiente (marque una opción):

- ☐ **NORMAL PENSION /** Age 65 with five or more years of Pension Credit or Vesting Credit, at least three of which were for Future Service.* /
PENSIÓN NORMAL Tener 65 años de edad y contar con cinco o más años de crédito de pensión o crédito por derechos adquiridos, de los cuales al menos tres corresponden a servicios futuros*.
- ☐ **EARLY PENSION /** At least age 55, but under age 65, with five or more years of Pension Credit or Vesting Credit, at least three of which were for Future Service.* /
PENSIÓN ANTICIPADA Tener al menos 55 años de edad, pero menos de 65, con cinco o más años de crédito de pensión o crédito por derechos adquiridos, de los cuales al menos tres corresponden a servicios futuros*.
- ☐ **DISABILITY PENSION** Disabled while working in covered employment after earning 10 years of Vesting Credit. **(You must submit a copy of your SSA Disability Award Letter, which includes your disability onset date).** /
(Preferred Plan Only) / **PENSIÓN POR DISCAPACIDAD** Haber sufrido una discapacidad mientras trabajaba en un empleo cubierto, después de haber acumulado 10 años de crédito por derechos adquiridos. **(Debe presentar una copia de su carta de concesión del beneficio por discapacidad de la Administración de Seguro Social [Social Security Administration, SSA, por sus siglas en inglés], que incluya la fecha de inicio de su discapacidad).**
(solo Preferred Plan)

*Please note that vesting requirements may be different for participants who left covered employment prior to Jan. 1, 2005. / *Tenga en cuenta que los requisitos de adquisición de derechos pueden ser diferentes para los participantes que dejaron un empleo cubierto antes del 1 de enero de 2005.

* For those who are participating as a result of a former Plan that merged with the NIPF, eligibility will be based on the merger agreement and the Plan rules in effect prior to the date of the merger. / *Para quienes participan como resultado de un plan anterior que se fusionó con el NIPF, la elegibilidad se basará en el acuerdo de fusión y las normas del plan vigentes antes de la fecha de la fusión.

SECTION 5 / SECCIÓN 5

EMPLOYMENT HISTORY / HISTORIAL LABORAL

14. Please review each year and month of your employment history for any missing service in the attached Pension Estimate Detail Report. If you see any missing service, please explain below and provide documentation (paystubs or W-2 Federal Income Tax Statements) for any missing service. / Revise cada año y mes de su historial laboral para detectar cualquier servicio faltante en el Informe de cálculo de pensión detallado adjunto. Si observa algún servicio faltante, explíquelo a continuación y proporcione la documentación (recibos de sueldo o declaraciones de impuestos federales sobre la renta W-2) que lo justifique.

SECTION 6 / SECCIÓN 6

BREAK IN SERVICE / INTERRUPCIÓN DEL SERVICIO

If you had a break in service that might prevent you from earning a pension (or which might reduce your pension), you might still be entitled to Pension Credit for that period if the reason you incurred the break in service is excusable under the Plan provisions. / Si usted tuvo una interrupción del servicio que pudiera impedirle obtener una pensión (o que pudiera reducirla), es posible que conserve el derecho al crédito de pensión por ese periodo si el motivo de la interrupción del servicio se considera justificado según las cláusulas del plan.

15.
- List any time you that did not work because of total disability, leave of absence, military service, strike or lockout, maternity/paternity or for leave due to adoption of a child. / Enumere cualquier periodo en el que no haya trabajado debido a una discapacidad total, una licencia, el servicio militar, una huelga o un cierre patronal, una licencia por maternidad o paternidad, o una licencia por adopción de un hijo.

From / Desde:

To / Hasta:

Reason / Motivo:

SECTION 7 / SECCIÓN 7

JOINT AND SURVIVOR OPTION FOR MARRIED/UNMARRIED MEMBERS / OPCIÓN DE PENSIÓN CONJUNTA Y DE SOBREVIVIENTE PARA MIEMBROS CASADOS Y NO CASADOS

After your Application is reviewed and verified, we will send you additional Information, including a benefit election form. This section 7 asks you to designate a beneficiary in case you elect the Joint and Survivor Option. If you do not elect the Joint and Survivor Option, any beneficiary designation you make in this section will be disregarded. / Una vez revisada y verificada su solicitud, le enviaremos información adicional, incluido un formulario para la elección de los beneficios. En la Sección 7, se le pide que designe a un beneficiario en caso de elegir la opción de pensión conjunta y de sobreviviente. Si no elige la opción de pensión conjunta y de sobreviviente, no se tendrá en cuenta el beneficiario que designe en esta sección.

16. If you are legally married and wish to elect the Joint and Survivor Option with a beneficiary or someone other than your spouse, or if you are unmarried and wish to elect the Joint and Survivor Option with a beneficiary, provide the following information, along with proof of age with regard to the ONE person you are electing as the beneficiary under this option. / Si está legalmente casado y desea elegir la opción de pensión conjunta y de sobreviviente con un beneficiario que no sea su cónyuge o si no está casado y desea elegir la opción de pensión conjunta y de sobreviviente con un beneficiario, proporcione la siguiente información junto con un documento de prueba que acredite la edad de la ÚNICA persona que elige como beneficiaria en esta opción.

****If you are legally married a spousal waiver will be required to designate a beneficiary other than your spouse. / **Si está legalmente casado, deberá presentar una renuncia conyugal para designar a un beneficiario que no sea su cónyuge.**

Beneficiary's Full Name: / Nombre completo del beneficiario:	Relationship / Relación: /
Beneficiary's SSN/SIN: / Número de Seguro Social o identificación universal del beneficiario:	Beneficiary's Date of Birth: / Fecha de nacimiento del beneficiario:
Beneficiary Address: Number and Street / Dirección del beneficiario: Número y calle	City/State/Zip Code / Ciudad/estado/código postal:

SECTION 8 / SECCIÓN 8

DESIGNATION OF BENEFICIARY / DESIGNACIÓN DEL BENEFICIARIO

After your Application is reviewed and verified, we will send you additional Information, including a benefit election form. This section 8 asks you to designate a beneficiary in case you elect the 60-month Guarantee Option. If you do not elect the 60-month Guarantee Option, any beneficiary designation you make in this section will be disregarded. / Una vez revisada y verificada su solicitud, le enviaremos información adicional, incluido un formulario para la elección de los beneficios. En la Sección 8, se le pide que designe a un beneficiario en caso de elegir la opción de garantía de 60 meses. Si no elige la opción de garantía de 60 meses, no se tendrá en cuenta el beneficiario que designe en esta sección.

16. If I elect the 60-month Guarantee Option, I hereby designate the following named beneficiary(ies) to receive any remaining pension benefits payable at my death. If I elect any other option, this beneficiary designation will be disregarded. / Si elijo la opción de garantía de 60 meses, por el presente, designo a los siguientes beneficiarios para que reciban cualquier beneficio de pensión restante pagadero a mi fallecimiento. Si elijo cualquier otra opción, no se tendrán en cuenta los beneficiarios que designe en esta sección.

A primary beneficiary will receive any benefits which may become payable in the event of your death. If your primary beneficiary is not living at your death, your secondary beneficiary will receive any benefits which may become payable in the event of your death / El beneficiario principal recibirá cualquier beneficio que pueda resultar pagadero en caso de fallecimiento. Si el beneficiario principal no está vivo al momento de su fallecimiento, el beneficiario secundario recibirá cualquier beneficio que pueda resultar pagadero en caso de fallecimiento.

☐

Primary Beneficiary /
Beneficiario principal

Name / Nombre	Social Security Number / Número de Seguro Social	Percentage (50 or 100) / Porcentaje (50 o 100)
Birthdate: Month/Day/Year / Fecha de nacimiento: mes/día/año	Relationship / Relación:	Telephone Number / Número de teléfono
Beneficiary Address: Number and Street / Dirección del beneficiario: Número y calle	City/State/Zip Code / Ciudad/estado/código postal:	Email Address / Dirección de correo electrónico
☐ Secondary Beneficiary / Beneficiario secundario		
Name / Nombre	Social Security Number / Número de Seguro Social	Percentage (50 or 100) / Porcentaje (50 o 100)
Birthdate: Month/Day/Year / Fecha de nacimiento: mes/día/año	Relationship / Relación:	Telephone Number / Número de teléfono
Beneficiary Address: Number and Street / Dirección del beneficiario: Número y calle	City/State/Zip Code / Ciudad/estado/código postal:	Email Address / Dirección de correo electrónico

I reserve the right to revoke and change this designation at any time by giving written notice to the Trustees of the Fund. / Me reservo el derecho de revocar y modificar esta designación en cualquier momento mediante notificación escrita a los agentes fiduciarios del Fondo.

SECTION 9 / SECCIÓN 9	
APPLICANT’S SIGNATURE AND CERTIFICATION / FIRMA Y CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE 17. I hereby apply for a pension from the SEIU National Industry Pension Fund and certify that the statements made in this Application are true and accurate to the best of my knowledge and belief. I understand that providing incorrect information, omitting information, or making any false or fraudulent statement to the Fund will be sufficient for the denial, suspension, or discontinuance of benefits under this Pension Plan, and the Trustees will have the right to recover any payments made to me in reliance upon the information provided or omitted and any statement made with respect to my Application. / Por el presente, solicito una pensión del Fondo Nacional de Pensiones para la Industria de SEIU y certifico que las declaraciones hechas en esta solicitud son verdaderas y precisas a mi leal saber y entender. Entiendo que proporcionar información incorrecta, omitir información o hacer cualquier declaración falsa o fraudulenta al Fondo será motivo suficiente para la denegación, suspensión o interrupción de los beneficios de este plan de pensiones, y los agentes fiduciarios tendrán derecho a recuperar cualquier pago que se me haya realizado basándose en la información proporcionada u omitida y en cualquier declaración hecha con respecto a mi solicitud. I certify that I am not currently employed by any employer contributing to the Fund, or that I will terminate all employment with any employer contributing to the Fund before the effective date of my benefit, and that I have no agreement or understanding with any contributing employer for future employment. / Certifico que actualmente no trabajo para ningún empleador que contribuya al Fondo o que rescindiré mi empleo con cualquier empleador que contribuya al Fondo antes de la fecha de entrada en vigencia de los beneficios, y que no tengo ningún acuerdo o entendimiento con ningún empleador contribuyente para un empleo futuro. Name / Nombre _____ Date / Fecha _____	
Signature of Applicant / Firma del solicitante	Date / Fecha

Spousal Information and Verification of Marital Status Form / Formulario de verificación del estado civil e información del cónyuge

U.S. Law requires that retirement benefits for married participants be paid in the form of a Spousal Pension. ***Please provide a copy of the applicable documentation to verify your marital status.*** / La legislación de EE. UU. exige que los beneficios de retiro para los participantes casados se paguen en forma de pensión conyugal. ***Proporcione una copia de la documentación correspondiente para verificar su estado civil.***

Please check the applicable box reflecting your current marital status, list your Social Security Number, sign and date this statement, and return it to our office: / Marque la casilla correspondiente que refleje su estado civil actual, indique su número de Seguro Social, firme y feche esta declaración, y regrésela a nuestra oficina:

☐ I am not now and have never been legally married. / No estoy ni he estado nunca legalmente casado/a.

☐ I am now legally married to: / En este momento, estoy legalmente casado/a con:

Name of Spouse / Nombre del cónyuge _____

Date of Birth / Fecha de nacimiento _____

Spouse's Social Security Number / Número de Seguro Social del cónyuge _____

If this status applies to you, please submit your spouse's proof of age and a copy of the Marriage Certificate. / Si este es su estado civil, envíe un documento de prueba que acredite la edad de su cónyuge y una copia del certificado de matrimonio.

☐ **I was married, but am now legally divorced. / Estuve casado/a, pero ahora estoy legalmente divorciado/a.**

If this status applies to you, please submit a copy of your Divorce Decree, signed by a Judge and/or stamped by the Court. / Si este es su estado civil, envíe una copia de su sentencia de divorcio firmada por un juez y/o sellada por el Tribunal.

☐ **I was married, but my spouse is deceased. / Estuve casado/a, pero mi cónyuge falleció.**

If this status applies to you, please submit a copy of your spouse's Death Certificate. If the Death Certificate does not list you as the spouse, please also submit a copy of your Marriage Certificate. / Si este es su estado civil, envíe una copia del certificado de defunción de su cónyuge. Si en el certificado de defunción no figura usted como cónyuge, adjunte también una copia de su certificado de matrimonio.

☐ **I am separated. / Estoy separado/a.**

If this status applies to you, please submit your spouse's proof of age and a copy of the Marriage Certificate. If you are still legally married and are separated and you do not know the whereabouts of your spouse, please provide our office with a written signed and dated explanation. / Si este es su estado civil, envíe un documento de prueba que acredite la edad de su cónyuge y una copia del certificado de matrimonio. Si usted sigue legalmente casado, está separado y desconoce el paradero de su cónyuge, envíe una explicación por escrito, firmada y fechada a nuestra oficina.

I hereby certify that the above statement is true and accurate.

Por el presente, certifico que la declaración anterior es verdadera y precisa.

Participant's Signature / Firma del participante

Date / Fecha

Participant's Social Security Number / Número de Seguro Social del participante