

Metal Polishers Local 8A-28A 401(k) Retirement Plan

Elección de diferimiento

Para realizar una elección de contribución salarial antes de impuestos y/o una elección de contribución de recuperación, complete todas las secciones correspondientes de este formulario, fírmelo y devuélvalo al Local 8A-28A, 36-16/18 33rd Street 2nd Floor, Long Island City, NY 11106, teléfono 718-361-1552, Fax 718-361-1933.

- Elección de contribución inicial 401(k)
- Elección de contribución inicial de recuperación
- Cambio de elección (modifica cualquier elección previa de contribución 401(k) y/o de recuperación)
- Terminación de elección

Sección A: Información personal

Nombre/inicial intermedia: _____ Apellido: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Nº de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre de la compañía/empleador: _____ Fecha de contratación _____

Nº de tel./ext.: _____ Correo electrónico: _____

Estado civil: Casado Soltero/Divorciado

Género: Hombre Mujer

Sección B: Contribución 401(k)

Elijo reducir mi compensación admisible, en cantidades iguales por periodo de pago, como se indica a continuación:

- _____% cada periodo de pago (de 1% -10%)
- \$_____ cada periodo de pago
- Elijo no hacer ninguna contribución 401(k) al plan mencionado anteriormente

Sección C: Contribución de recuperación (para los empleados que han cumplido 50 años o cumplirán 50 años este año calendario)

Elijo reducir mi compensación admisible, en cantidades iguales por periodo de pago como un diferimiento salarial antes de impuestos, como se indica a continuación:

- _____% cada periodo de pago
- \$_____ cada periodo de pago
- Elijo no hacer ninguna contribución de recuperación adicional al plan mencionado anteriormente

Sección D: Firma

Entiendo que cualquier contribución de recuperación elegida anteriormente no se determina que sea una contribución de recuperación hasta que mi contribución salarial diferida antes de impuestos normal exceda un límite aplicable conforme al Plan, y que la reducción de salario anterior no exceda el límite de contribuciones establecido en el Plan de mi empleador. Además, cualquier elección de diferimiento se invertirá de acuerdo con la asignación de inversión que ya tengo en el expediente para mis contribuciones futuras, y que cualquier contribución de recuperación que elija diferir no sea igualada por mi empleador. Además, entiendo que puedo cambiar la cantidad de la reducción de mi salario o cancelar este acuerdo, entregando una notificación de acuerdo con los términos del Plan de mi empleador.

Firma del participante: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de molde: _____ Número de Seguro Social : _____

Sección E: Firma del Administrador del Plan

Certifico que esta solicitud de inscripción, completada por el participante, es precisa y apropiada conforme a los términos del Plan, y que se han obtenido los consentimientos y renunciaciones necesarios.

Firma del Administrador del Plan: _____ Fecha: _____
