

# Información adicional

## Local 8A-28A 401(k) Retirement Plan

### Bienvenido

Nos complace darle la bienvenida como nuevo participante del Plan de Jubilación de Contribución Definida. La guía anexa explica cómo funciona el Plan y las opciones de inversión disponibles para usted en el Plan. Tenga en cuenta que además de la contribución del empleador negociada colectivamente, usted tiene la opción de hacer diferimientos optativos.

Como participante, usted elige cuánto contribuir y tiene la flexibilidad para cambiar su tasa de diferimiento.

Sus contribuciones se deducen automáticamente de su cheque de paga en cada periodo de pago y se depositan mensualmente en su cuenta de jubilación. No se requiere de planificación. Es una forma fácil y conveniente de ahorrar para la jubilación.

El Plan fue establecido para darle la oportunidad de ahorrar para su jubilación, a través de deducciones por hora antes de impuestos, reduciendo así su ingreso gravable actual.

Pagarse a usted primero es una manera efectiva de ayudarlo a alcanzar sus metas de ahorro.

Para elegir un monto de contribución diferida de salario por hora, comuníquese con la Oficina del Fondo.

Hay un detalle importante que debe tener en cuenta además de lo que se describe en la siguiente página:

- Para tener derecho total a la Contribución del Reparto de Utilidades del Empleador, debe trabajar por lo menos un año completo.

Si tiene más preguntas sobre este Plan, comuníquese por favor con la oficina de su fondo al 718.361.1552. Para obtener más información sobre sus opciones de inversión, no dude en comunicarse con los Servicios del Plan de Jubilación de John Hancock al 1.800.294.3575.

### Hablamos español

Para información en español, llame al 888.440.0022. Representantes están disponibles de lunes a viernes, de 10 a.m. a 8 p.m. hora del Este en días hábiles de la Bolsa de Valores de Nueva York.

Gracias.

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

RS011719483949

Local 8A-28A 401(k) Retirement Plan  
c/o John Hancock Retirement Plan Services, LLC  
P.O. Box 940  
Norwood, MA 02062-0940



Visítenos en [mylife.jhrps.com](http://mylife.jhrps.com) o llámenos al 888.440.0022.

Sobre: designación de beneficiario

Encontrará adjunto su **FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO**. Use este formulario para designar a la(s) persona(s) que recibirá(n) el pago de su cuenta consolidada en caso de su fallecimiento. **Siga las instrucciones en este paquete minuciosamente.**

Para procesar su solicitud, siga todos los pasos a continuación:

- Paso 1: verifique su estado civil en la sección Designaciones de Beneficiarios
- Paso 2: proporcione toda la información solicitada para cada beneficiario nombrado en la sección de Designaciones de Beneficiarios
- Paso 3: obtenga el consentimiento escrito y presencial de su cónyuge en la sección de Designaciones de Beneficiarios solo si está casado y designa un beneficiario principal que no sea su cónyuge
- Step 4: asigne un porcentaje de su cuenta consolidada a cada beneficiario (debe sumar el 100%)
- Step 5: firme el **FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO** donde se indica en la sección de Firma
- Step 6: envíe de vuelta todas las páginas del **FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO** (incluso aunque no haya realizado ninguna elección en la página)

Devolver formulario a:

Fund Office, Local 8A-28A 401(k) Retirement Plan, 36-18 33rd Street, 2nd Floor, Long Island City, NY 11106.

Puede elegir a cualquier persona para que sea su beneficiario en virtud del Plan. Según las leyes fiscales federales, si está casado y nombra a otra persona que no sea su cónyuge como su beneficiario, puede hacerlo solo con el consentimiento escrito y presencial de su cónyuge por parte de un Notario Público o un Representante del Plan. Si no designa un beneficiario, o si su beneficiario designado fallece antes de ser designado, el Plan establece que su beneficiario será su cónyuge sobreviviente o, si no tiene, sus hijos o, si no tiene, sus padres o, si no tiene, su patrimonio.

Recuerde que los formularios que se envíen sin firmas originales o todos los adjuntos necesarios, si corresponde, serán rechazados y le serán devueltos para que los llene adecuadamente. La devolución de los formularios para que realice correcciones demorará el procesamiento de su transacción. Si no devuelve el/los formulario(s) completos dentro de los 180 días posteriores a la fecha de esta carta, se le solicitará que obtenga un nuevo paquete de formularios.

Si tiene preguntas acerca de lo anterior, inicie sesión en [mylife.jhrps.com](http://mylife.jhrps.com) o comuníquese con John Hancock al 888.440.0022. Los Representantes de atención al participante están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. al 10 p.m., hora del Este de los EE.UU., excepto en los días feriados de la Bolsa de Comercio de Nueva York.

Gracias.

# FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO

## Local 8A-28A 401(k) Retirement Plan

\*\*\*

\*\*\*

**NOTA:** Si elige nombrar a más de dos beneficiarios principales y/o secundarios, adjunte una hoja de papel separada con sus designaciones adicionales. También debe firmar y fechar la hoja de papel adicional. Si está casado y designa beneficiarios principales adicionales, la certificación de su cónyuge debe ser notariada por un notario público o ser atestiguada por un representante del plan.

NOMBRE DEL PARTICIPANTE	N.º DEL SEGURO SOCIAL/ITIN

**I. DESIGNACIONES DE BENEFICIARIO**

**A. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO PRINCIPAL**

**ESTADO CIVIL**       Casado       Soltero o Viudo       Divorciado

Si estoy casado y no he designado a mi cónyuge como mi único beneficiario principal, esta designación de beneficiario no será efectiva a menos que mi cónyuge lo consienta a continuación. Si no estoy casado en la fecha en que firmo este Formulario de designación de beneficiario, pero posteriormente me caso, antes del inicio del beneficio, entiendo que esta designación de beneficiario dejará de ser efectiva a partir de mi matrimonio. Por la presente, acepto notificar al Administrador del Plan por escrito en caso de que mi estado civil cambie.

Por medio de la presente designo como mi(s) beneficiario(s) a la(s) persona(s) enumerada(s) que me sobreviven. Si hay más de una persona en la lista, los beneficios se dividirán de acuerdo con los porcentajes indicados. Entiendo que, si designo a más de un beneficiario a continuación, los porcentajes DEBEN sumar el 100%. Si hay más de una persona en la lista y no se indican los porcentajes o los porcentajes no suman el 100%, los beneficios se pagarán en partes iguales a mi(s) beneficiario(s) principal(es) que me sobreviven. Si se indica un porcentaje y uno o más beneficiarios primarios no me sobreviven, el porcentaje de la participación de ese beneficiario se dividirá entre el (los) beneficiario(s) principales(s) sobreviviente(s) en proporción a los porcentajes que se muestran a continuación.

<b>1</b> Nombre	/ / Fecha de nacimiento	N.º del Seguro Social/ITIN	
Relación	Dirección		[ ] % Porcentaje
<b>2</b> Nombre	/ / Fecha de nacimiento	N.º del Seguro Social/ITIN	
Relación	Dirección		[ ] % Porcentaje
Total =			100%

### CONSENTIMIENTO DEL CÓNYUGE

Por medio de la presente doy mi consentimiento para que mi cónyuge designe a los beneficiarios mencionados anteriormente. Entiendo que, mi cónyuge no puede cambiar a ningún beneficiario principal en el futuro sin mi consentimiento por escrito. Entiendo que no tengo que firmar este consentimiento. Firmo este consentimiento voluntariamente. Además, entiendo que si no firmo este consentimiento, tendré derecho a recibir cualquier beneficio pagadero en virtud del Plan como resultado de la muerte de mi cónyuge.

Firma del cónyuge: \_\_\_\_\_

# FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO Local 8A-28A 401(k) Retirement Plan

\*\*\*

\*\*\*

NOMBRE DEL PARTICIPANTE	N.º DEL SEGURO SOCIAL/ITIN

**ATESTIGUADO POR NOTARIO (a completar por el notario)**

Estado de \_\_\_\_\_, Condado de \_\_\_\_\_, ss. A los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_, compareció ante mí \_\_\_\_\_ quien sé (o quien ha demostrado satisfactoriamente) que es la persona que firmó la Certificación de cónyuge anterior y reconoció que firmó la misma en un acto de libertad y voluntad. En fe de lo cual, coloco mi firma y sello oficial.

\_\_\_\_\_  
Firma del Notario

(SELLO/SEAL)

Mi licencia vence: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

o

**ATESTIGUADO POR EL REPRESENTANTE DEL PLAN**

Firmado el \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_ en presencia de:  
\_\_\_\_\_

**B. DESIGNACION DE BENEFICIARIO SECUNDARIO**

Si no me sobrevive ningún beneficiario principal listado en la Parte A anterior, por medio de la presente designo como mi beneficiario a la persona o personas enumeradas a continuación que me sobrevivan. Entiendo que si designo a más de un beneficiario a continuación, **los porcentajes deben sumar el 100%**. El pago a los beneficiarios secundarios se realizará de acuerdo con las reglas de sucesión descritas para el beneficiario principal.

Nombre	/ /	N.º del Seguro Social/ITTN	
	Fecha de nacimiento		[ ] %
Relación	Dirección		Porcentaje
Nombre	/ /	N.º del Seguro Social/ITTN	
	Fecha de nacimiento		[ ] %
Relación	Dirección		Porcentaje
Total =			100%

**FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO**  
**Local 8A-28A 401(k) Retirement Plan**

\*\*\*

\*\*\*

---

NOMBRE DEL PARTICIPANTE	N.º DEL SEGURO SOCIAL/ITIN

---

**II. FIRMA**

Entiendo que la distribución de beneficios para mi beneficiario o beneficiarios designados se realizará de acuerdo con los términos del Plan. **También entiendo que esta designación de beneficiario reemplaza cualquier designación de beneficiario que esté vigente en la actualidad.**

Firma del participante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

---

**Enviar este formulario de vuelta a: Fund Office, Local 8A-28A 401(k) Retirement Plan, 36-18 33rd Street,  
2nd Floor, Long Island City, NY 11106.**

---

## 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: \_\_\_\_\_

---