



Re: Plan de A anualidad de los Carpinteros Regionales de St. Louis-Kansas City  
Solicitud de Beneficios A anualidad por Dificultades.

Dear Participant,

De acuerdo con su petición, las siguientes páginas incluyen una solicitud para recibir pago de su beneficio de anualidad del Plan de A anualidad de los Carpinteros Regionales de St. Louis-Kansas City (Plan de A anualidades) debido a dificultades. También se incluyen documentos que deben presentarse junto con su solicitud, así como una lista de los documentos de respaldo requeridos necesarios para justificar su solicitud por dificultades. Su solicitud debe recibirse antes del día 10 del mes para recibir el pago al mes siguiente. Cualquier retraso en proporcionar los documentos requeridos puede resultar en una demora en el procesamiento de su solicitud.

Por favor, complete todos los formularios y documentos en su totalidad y envíelos a la dirección que se encuentra en la parte inferior de esta carta. Todas las solicitudes de Beneficio por Dificultades de A anualidad son revisadas y aprobadas o negadas por la Junta de Administradores.

Si tiene alguna pregunta sobre el paquete de solicitud o el proceso, por favor llame a nuestra oficina al número que se encuentra a continuación, seleccionando la Opción 2 para la oficina de Pensiones/ A anualidad.

Nuestro horario de oficina es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.

Atentamente,

Oficina de A anualidad de los Carpinteros

1419 Hampton Ave, St. Louis, MO 63139

Tel 314.644.4802 | Toll-Free 877.232.3863

Health Plan Fax 314.678.1110 | Pension & Annuity Fax 314.644.0200

Email [benefits@laborfunds.org](mailto:benefits@laborfunds.org) | [pension@laborfunds.org](mailto:pension@laborfunds.org) | [annuity@laborfunds.org](mailto:annuity@laborfunds.org)

[www.laborfunds.org](http://www.laborfunds.org)

## Solicitud de Beneficio por Dificultades de Anualidad: esis de las Disposiciones del Plan

Plan de Anualidad de los Carpinteros Regionales de St. Louis-Kansas City



### REQUISITOS PARA EL RETIRO POR DIFICULTADES

Puede solicitar un retiro de hasta el 25% de su balance elegible de su Cuenta Individual como una distribución en servicio debido a una necesidad financiera inmediata y grave. Para ser elegible para una distribución por dificultades, debes cumplir con todos los siguientes requisitos:

1. Haber sido un participante en el Plan por lo menos 3 años.
2. Solicitar por escrito en forma aceptada por el conjunto de Administradores.
3. Proporcionar documentos que compureben la necesidad, sujeta a la satisfacción del conjunto de Administradores.
4. Obtener el consentimiento por escrito del cónyuge para la distribución solicitada y
5. Tener una necesidad que sea una de las siguientes:
  - a. Médica: Gastos de al menos \$5,000 incurridos por el participante o cualquier dependiente cubierto (según lo definido por el Plan de Salud Regional de los Carpinteros de St. Louis-Kansas City), que el Participante está obligado a pagar.
  - b. Gastos de Entierro o Funeral: Gastos de hasta menos de \$13,000 o 25% del balance de la cuenta elegible del Participante para padres, conyugue, hijos o dependientes (como se define en IRC §152)

### LÍMITES EN RETIRO POR DIFICULTADES

Puede solicitar mas de una distribución por dificultad en cualquier año calendario, pero la cantidad total no puede ser mas de 25% del balance elegible en su balance de Cuenta Individual el día que la solicitud por la distribución de ese año.

Un participante que haya tomado una o más distribuciones por dificultades en un año calendario no puede solicitar otra distribución por dificultades hasta el tercer (3er) año después del último año de distribución por dificultades. En otras palabras, el participante debe esperar dos (2) años calendario antes de solicitar otra distribución por dificultades

El conjunto de Administradores tendrán completa discreción en determinar si un participante es elegible para solicitar una distribución por dificultades, si la razón para la solicitud es una necesidad elegible y si la documentación proporcionada por el participante es suficiente para justificar la necesidad

Su Solicitud de Beneficio por Dificultades de Anualidad debe recibirse en nuestra oficina a más tardar el día 10 del mes anterior al mes en que deseas recibir tu distribución.

### REQUISITOS DE LA SOLICITUD

Por favor indique (x) en la columna adecuada de la solicitud si se han proporcionado los documentos necesarios. Si los documentos de respaldo no son aplicables, por favor marca la casilla "N/A".

<b>Formas Primarias</b>	<b>Paquete de Solicitud por Dificultades</b>	
Solicitud	<input type="checkbox"/>	
Forma de Impuestos W-4R	<input type="checkbox"/>	
Autorización de Depósito Directo	<input type="checkbox"/>	
<b>Documentos de Respaldo</b>	<b>Dificultad: Medica</b>	<b>Dificultad: Entierro/Funeral</b>
Acta de Nacimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Licencia de Conducir o Identificación Estatal con foto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acta de Matrimonio, <i>si corresponde</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Licencia de Conducir o Identificación Estatal con foto del Cónyuge, <i>si corresponde</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Decreto de Divorcio, <i>si corresponde</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
QDRO, <i>si corresponde</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Certificate de muerte, <i>si corresponde</i>	--	<input type="checkbox"/>
Carta del conjunto de Administradores: Justificando la necesidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facturas y otros documentos de respaldo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## Solicitud de Beneficio por Dificultades de Anualidad

Plan de Anualidad de los Carpinteros Regionales de St. Louis-Kansas City  
1419 Hampton Ave, St. Louis, MO 63139 | 877.232.3863, #2

Médica

Entierro o Funeral

\_\_\_\_\_  
Últimos 4 SSN

\_\_\_\_\_  
Nombre del Participante

\_\_\_\_\_  
Número de Teléfono del Participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado

\_\_\_\_\_  
Código Postal

**STATUS MARITAL**  Casado  Soltero  Divorciado\*

*\*Tenga en cuenta: Se requiere un decreto de divorcio para todos los divorcios desde el 1 de mayo de 2019. Se requiere una copia de su QDRO cuando corresponda.*

Si ha tenido cónyuges antes desde el 1 de mayo de 2019, por favor ponga los nombres de sus exparejas, la fecha de matrimonio y la fecha(s) de divorcio. Si alguno de sus matrimonios anteriores terminó debido a la muerte de su cónyuge, ponga la fecha de fallecimiento.

Nombre completo de Difunto(a) o Expareja

Fecha del Matrimonio

Fecha del Divorcio/Muerte

### OPCIONES DE RETIRO DE DISTRIBUCIÓN

Retiro \$ \_\_\_\_\_ de mi saldo con derecho en mi cuenta. Si el monto disponible es menor al solicitado, quiero retirar el monto disponible.  Sí  No

Cuenta de cheque o Mercado Monetario  Cuenta de Ahorros

Nombre de la Institución Financiera: \_\_\_\_\_

Ciudad y Estado de la Institución: \_\_\_\_\_

Número de Ruta de Transferencia: \_\_\_\_\_

Bank Account Number: \_\_\_\_\_

He incluido un cheque anulado y preimpreso (cuenta corriente/mercado monetario) o una copia de mi estado de cuenta bancaria mensual (cuenta de ahorros) para verificar la información anterior.

### RETENCIÓN DE IMPUESTO SOBRE LA RENTA FEDERAL

Las distribuciones de contribuciones antes de impuestos más ganancias sobre todas las contribuciones están sujetas al impuesto federal sobre la renta. Los retiros por dificultades no son elegibles para ser transferidos, y tienes la opción de retener el impuesto federal (si no se hace una elección, se debe retener el 10% para el impuesto federal sobre la renta). Puede haber responsabilidad tributaria adicional por los beneficios recibidos antes de alcanzar la edad de 59½ si no te has separado del servicio. Ponte en contacto con su asesor fiscal o el IRS si tienes alguna pregunta sobre la retención de impuestos

He completado la **W-4R Forma de Impuestos** como parte de esta Solicitud del Anualidad por Dificultad

He  No He – separado de servicio. (Dejó de trabajar bajo empleo cubierto)

ESTATAL: Es responsable de pagar los impuestos estatales de su distribución de anualidad.

**FIRMAS**

Certifico que la solicitud de distribución no excede el monto de mi carga inmediata y grave por dificultades. He adjuntado la documentación adecuada que respalda mi solicitud de distribución por dificultades y acepto cualquier documentación adicional que se solicite según se indica en este paquete.

Iniciales aquí \_\_\_\_\_

Certifico que cualquier cantidad pagada a mí del Plan como resultado de esta solicitud no es un préstamo y no puede ser devuelta al Plan. Entiendo que este retiro es un ingreso en el que tenga que pagar impuestos.

Iniciales aquí \_\_\_\_\_

Certifico que mi necesidad no puede ser aliviada con otros recursos disponibles, incluyendo: seguro u otro reembolso, liquidación de mis bienes o de préstamos comerciales razonables.

Iniciales aquí \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO CONYUGAL, si aplica**

Esta sección debe completarla su cónyuge si ha estado casado durante al menos 12 meses antes de su solicitud.

Yo, cónyuge del Participante mencionado en esta Solicitud de Anualidad Dificultades, abajo firmante certifico que soy el cónyuge del Participante. El Participante y yo estamos legalmente casados a partir de la fecha de esta solicitud. Mi firma a continuación indica que apruebo la solicitud de mi cónyuge. Hago este consentimiento por mi voluntad propia.

ESCRIBA: Nombre \_\_\_\_\_ Inicial del Segundo Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

*La firma del cónyuge debe ser atestiguada por un notario público o un representante del Plan.*

TESTIGO: Notario Público o Representante del Plan

Suscrito y jurado ante mí en este día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma \_\_\_\_\_  
Escriba su nombre

[COLOCAR SELLO NOTARIAL AQUÍ]

**FIRMA DEL PARTICIPANTE**

Certifico que la información anterior es correcta. Acepto firmar cualquier formulario y/o pago de beneficios de la manera en que aparece mi firma a continuación. *Entiendo que para que mi beneficio se pague en la forma solicitada en esta solicitud, debo haber cumplido con los requisitos de elegibilidad indicados en la Página 1 de esta solicitud. Además, comprendo que, si no estoy con vida en la fecha de inicio, esta solicitud quedará anulada y los beneficios por fallecimiento antes de la jubilación se calcularán en mi nombre.*

\_\_\_\_\_  
Firma del Participante \_\_\_\_\_  
Fecha

*La firma del participante debe ser atestiguada por un notario público o un representante del Plan.*

TESTIGO: Notario Público o Representante del Plan

Suscrito y jurado ante mí en este día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma \_\_\_\_\_  
Escriba su nombre

[COLOCAR SELLO NOTARIAL AQUÍ]