

POR FAVOR LEA DETENIDAMENTE

SU APLICACIÓN NO PUEDE SER PROCESADA

SIN LO SIGUIENTE:

1. Prueba de edad para usted y su cónyuge (vea las instrucciones a continuación).
2. Prueba de matrimonio: certificado emitido por el país si está casado en los EE. UU.
3. Si está o se a divorciado, se separó legalmente o tuvo una anulación, **DEBE** presentar el Fallo final de disolución de matrimonio, separación legal o anulación junto con cualquier otro Acuerdo de liquidación de bienes / matrimonio y / o una orden calificada de relaciones domésticas (QDRO) para **todos** los matrimonios anteriores, **incluso si ocurrieron antes de su trabajo bajo el Plan**. Si no tiene estos documentos, puede obtener copias, por una tarifa, del Tribunal Superior en el condado donde se presentó su divorcio, comuníquese con el Tribunal Superior para obtener más información.
4. Aviso de Premio de Incapacidad del Seguro Social si está aplicando bajo la elegibilidad por Incapacidad.

INSTRUCCIONES RELATIVAS A LA PRESENTACIÓN DE PRUEBAS DE EDAD

Las pruebas aceptables de su edad se enumeran a continuación en dos grupos. Envíe una fotocopia de **uno (1)** de los artículos enumerados en el **Grupo I, si lo tiene o puede obtenerlo**. Si no puede enviar pruebas del Grupo I, debe enviar fotocopias de **dos (2) de los elementos enumerados en el Grupo II**.

IMPORTANTE: los registros de naturalización, pasaportes de Estados Unidos y documentos de inmigración no pueden ser fotocopias. Si envía alguno de estos documentos, debe enviar el original. Te será devuelto. Se pueden solicitar elementos adicionales que prueben su edad si los documentos que envía no constituyen una prueba convincente de su edad.

GRUPO I

1. Certificado de nacimiento.
2. Certificado de bautismo o una declaración en cuanto a la fecha de nacimiento mostrada por un registro de la iglesia, certificado por el custodio de dicho registro.
3. Notificación de inscripción de nacimiento en un registro público de estadísticas vitales.
4. Certificación de registro de edad por la Oficina del Censo de los Estados Unidos.
5. Registro de nacimiento del hospital certificado por el custodio de dicho registro.
6. Una iglesia extranjera o registro gubernamental.
7. Una declaración notariada del médico o partera que asistió al nacimiento, en cuanto a la fecha de nacimiento que figura en sus registros.
8. Papeles de naturalización (fotocopia no permitida; presentar original)
9. Papeles de inmigración (fotocopia no permitida; presentar original)
10. Carta de la Administración del Seguro Social certificando su edad tal como aparece en sus registros.

GRUPO II

1. Registro militar.
2. Pasaporte (los pasaportes estadounidenses no pueden ser fotocopias; presente original)
3. Registros escolares; certificado por el custodio de dichos registros.
4. Registro de vacunación certificado por el custodio de dicho registro.
5. Una póliza de seguro que muestra la edad o fecha de nacimiento.
6. Registros de matrimonio que muestren la fecha de nacimiento o matrimonio (solicitud de licencia de matrimonio o registro de la iglesia, certificado por el custodio de dicho registro).
7. Licencia de conducir.
8. Otra evidencia como declaraciones notariales de personas que tengan conocimiento de la fecha de nacimiento.



BAY AREA PAINTERS AND TAPERS

PENSION AND ANNUITY TRUST FUNDS

4160 Dublin Boulevard, Suite 400

Dublin, CA 94568-7756

Toll Free: (866) 894-3705 * Fax: (925) 833-7301

Email: Paintersinfo@hsba.com

Website: www.bayareapainterstrust.org



BAY AREA PAINTERS AND TAPERS ANNUITY PLAN TEMPORARY CORONAVIRUS DISTRIBUTION APPLICATION

Nombre del solicitante:		(Ultimos 4) SSN:
Domicilio:		
Numero de telefono:	Email:	Fecha de Nacimiento:
<p><u>ESTADO CIVIL</u></p> <p><input type="checkbox"/> Nunca Casado(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Casado(a) Fecha de casamiento _____ Nombre de esposo(a) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Divorciado(a) Fecha de divorcio _____</p> <p><input type="checkbox"/> Divorciado & Casado de nuevo Fecha de divorcio _____ Fecha de casamiento _____</p> <p><input type="checkbox"/> Viudo(a)</p>		

En relación con la Ley de Ayuda, Alivio y Seguridad Económica de Coronavirus (la "Ley CARES") que se promulgó el 27 de marzo de 2020, la Junta de Fideicomisarios ha aprobado cambios al Plan para permitir que los participantes calificados tomen una distribución de tiempo hasta el 31 de diciembre de 2020 desde su cuenta del Plan hasta el 100% del saldo de su cuenta o \$ 25,000, lo que sea menor.

Para calificar para la distribución, el participante debe cumplir uno de los siguientes criterios:

1. Ser diagnosticado con el virus SARS-CoV-2 o con el virus de la enfermedad por coronavirus (COVID-19) mediante una prueba aprobada por el Centro para el Control de Enfermedades (CDC); o
2. Tener un cónyuge o dependiente que sea diagnosticado con dicho virus o enfermedad mediante una prueba aprobada por los CDC; o
3. Experimentó consecuencias financieras adversas como resultado de: estar en cuarentena; ser despedido o despedida o reducir las horas de trabajo; no poder trabajar debido a la falta de cuidado infantil; o cerrar o reducir las horas de un negocio personal de su propiedad u operado por usted debido al virus; u otros factores según lo determine el Secretario de Hacienda. Para los participantes que califiquen en base a un permiso o despido, la Oficina del Fondo verificará su estado con la Unión Local a través de la lista de desempleados.

Esta distribución está sujeta al impuesto sobre la renta ordinario, pero no está sujeto al impuesto de multa por retiro anticipado del 10%, que generalmente se aplica a los participantes menores de 59 1/2 años. Además, dado que esta distribución no se trata como distribución elegible de reinversión, no está sujeta a la retención obligatoria de impuestos del 20%. Sin embargo, se aplica la retención del impuesto federal sobre la renta del 10%, a menos que el participante renuncie a la retención.

Según la Ley CARES, puede distribuir los impuestos sobre la distribución de manera proporcional durante un período de tres años sujetos a impuestos, comenzando con el año fiscal en el que se realiza la distribución (a menos que elija lo contrario).

Según la Ley CARES, puede distribuir los impuestos sobre la distribución de manera proporcional durante un período de tres años sujetos a impuestos, comenzando con el año fiscal en el que se realiza la distribución (a menos que elija lo contrario).

SOLICITUD DE PAGO

Autocertificación:

Por la presente solicito de los beneficios del Plan de Anualidad de Pintores y Tapers del Área de la Bahía certifico que califico para esta distribución como resultado de lo siguiente (seleccione uno):

- Me diagnosticaron el virus SARS-CoV-2 o la enfermedad por coronavirus (COVID-19)
- Mi cónyuge o dependiente ha sido diagnosticado con SARS-CoV-2 o COVID-19
- He tenido consecuencias financieras adversas como resultado de 1) estar en cuarentena; 2) ser despedido o reducir las horas de trabajo; 3) no poder trabajar debido a la falta de cuidado infantil; 4) cerrar o reducir las horas de mi negocio personal debido al virus; o 5) otros factores según lo determine el Secretario de Hacienda.
- Me gustaría solicitar un pago por la cantidad de (los pagos totales no pueden exceder los \$ 25,000)**

Cantidad Total Solicitada

\$

O --

Porcentaje del saldo de mi cuenta _____%

(no puede exceder \$25,000)

La distribución se realizará primero desde su Subcuenta de compra de dinero. Si su subcuenta de compra de dinero es insuficiente, el resto se extraerá de su subcuenta de participación en los beneficios.

La distribución que recibirá está sujeta a impuestos federales y estatales sobre la renta. Los impuestos federales sobre la renta se retendrán de su distribución (el valor predeterminado es del 10%), a menos que elija no retener. Independientemente de si elige que se retengan los impuestos federales y estatales sobre la cuenta, usted es responsable del pago de impuestos federales o estatales sobre la parte imponible de su distribución. Por favor haga sus elecciones a continuación.

IMPUESTOS FEDERALES DE INGRESOS (seleccione uno):

- No quiero que se retengan impuestos federales sobre la renta de mi distribución.
- Quiero que se retengan los impuestos federales sobre la renta de mi distribución. Se retendrá el 10%.

IMPUESTOS DE INGRESOS ESTATALES (seleccione uno):

- No quiero que se retengan los impuestos sobre la renta del estado de California de mi distribución.
- Quiero que se retengan los impuestos sobre la renta del estado de California por la cantidad de _____

Autocertificación:

Por la presente solicito de los beneficios del Plan de Anualidad de Pintores y Tapers del Área de la Bahía. Las declaraciones anteriores son verdaderas a mi leal saber y entender. Entiendo que una declaración falsa puede descalificarme para los beneficios de la anualidad y que la Junta de Fideicomisarios tendrá derecho a recuperar los pagos que se me hayan efectuado debido a una declaración falsa. Reconozco que he leído las Reglas y Regulaciones del Plan y que cualquier pregunta que tenga sobre ellas ha sido respondida.

Imprima nombre completo:	Ultimos 4 SSN:
Firma: _____	Fecha:

CONSENTIMIENTO ESPOSAL

NOTARIO REQUERIDO SI SU SALDO DE CUENTA ES \$ 5,000.00 O MÁS

I _____ declarar bajo pena de perjurio bajo las
(Nombre del Participante)

leyes del estado de California que

_____ es mi esposo(a).
(Nombre del conyuge)

Por la presente, doy mi consentimiento para la elección de mi cónyuge para un retiro por dificultades económicas en virtud de la Ley de Ayuda, Alivio y Seguridad Económica Coronavirus "Ley CARES" 2020.

Firma del miembro *Date*

Firma del conyuge *Date*

To be completed by Notary Public

State of _____ County of _____

On _____ before me, _____
Date *Name and Title of the Officer*

Personally appeared

(Name of Signer)

who proved to me on the basis of satisfactory evidence to be the person(s) whose name(s) is/are subscribed to the instrument and acknowledged to me that he/she/they executed the same in his/her/their authorized capacity(ies), and that by his/her/their signature(s) on the instrument the person(s), or the entity upon behalf of which the person(s) acted, executed the instrument.

I certify under PENALTY OF PERJURY under the laws of the State of California that the forgoing paragraph is true and correct.

WITNESS my hand and official seal.

Signature of Notary Public

(Place Notary Seal Above)