

Fox Valley and Vicinity Construction Workers Pension Fund

(Formerly known as Lake County, Illinois Plasters and Cement Masons Pension Plan)

915 National Parkway, Suite F, Schaumburg, IL 60173

Solicitud de Pensión

Por favor, lea todas las instrucciones cuidadosamente. Imprimir sus respuestas a todas las preguntas. Su solicitud debe ser presentada 90 días de anticipación del primer mes en que el pago de pensiones, de ser aprobada, son para empezar.

Información del Aplicante

Nombre

Completo:

Apellido

Primero

Medio

Dirección:

Calle

Apartamento/Unidad

Ciudad

Estado

Código Postal

Teléfono de

casa:

Email:

Teléfono móvil:

Número de Seguro

Social.:

Fecha de

Nacimiento:

Fecha de la última vez que dejó de
trabajar para un empleador
contribuyente:

Fecha de Efectiva Pensiones:

Aplicación Tipo de Pensión

- De libre paso - Estimación Sólo
- Normal Pension
- Pensión temprana (antes de los 61 años de Fox Valley o antes de los 62 años de Lake County)
Pensión por discapacidad (Póngase en contacto con la Oficina del Fondo de Pensiones para obtener
más información y formularios.)

Información Civil

¿Estás casado(a)? NO YES Si está casado, por favor complete la siguiente información.

Nombre completo de
la esposa(o):

Apellido

Primero

Medio

Número de Seguro Social del
cónyuge:

Fecha de nacimiento de

la esposa(o):

¿Alguna vez, has estado divorciado(a)? NO YES Usted debe de incluir una copia de la sentencia de divorcio firmada, en particular, la división de los bienes conyugales "el Acuerdo Marco Marcial" para más detalles, póngase en contacto con la Oficina del Plan.

¿Es el beneficio sujeto a una orden de relaciones domésticas? NO YES Usted debe incluir una copia de la orden, si no es proporcionado con anterioridad.

POR FAVOR VUELTA Y COMPLETAR LA PARTE RESTANTE DE LA APLICACIÓN

Toll Free (888)454-1298 Fax (847) 519-1979
Email:foxvalleypension@groupadministrators.com

Información de Empleo

Una lista de todos los sindicatos para los que se ha trabajado en la industria o en un empleo cubierto por un acuerdo de negociación colectiva de un sindicato local afiliado con su comercio. Mostrar las fechas de tal empleo. Adjunte hojas adicionales, si es necesario.

| <u>NÚMERO UNIÓN LOCAL</u> | <u>FECHA DE INICIO</u> | <u>FECHA PLAZO</u> | <u>TÍTULO PROFESIONAL</u> |
|---------------------------|------------------------|--------------------|---------------------------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

¿Alguna vez ha sido incapaz de trabajar debido a una lesión?

NO

YES

En caso afirmativo, complete lo siguiente.

| <u>FECHA DE</u> | <u>A TRAVÉS DE LA FECHA</u> |
|-----------------|-----------------------------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

Han sido las contribuciones hechas por un empleador en su nombre a otro plan de pensiones que tiene una reciprocidad con este Fondo?

NO

YES

En caso afirmativo,
nombre del plan: _____

¿Usted entiende que si un cuando se le otorga un beneficio, no se puede trabajar en un empleo en la misma industria, el comercio, la artesanía, o el área geográfica del Fondo durante 40 horas o más al mes, sin incurrir en una suspensión de su beneficio?

YES

Si entiendo.

Servicio Militar

¿Ha estado en el servicio militar de los Estados Unidos (incluyendo períodos de servicio en las reservas y la sesión anual de capacitación de dos semanas)?

NO

YES

En caso afirmativo, por favor complete la siguiente información y proporcionar una copia de sus documentos de baja.

| <u>Fecha de Inicio</u> | <u>Fecha Final</u> |
|------------------------|--------------------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

Certificación y Firma

Por la presente declaro que toda la información que he proporcionado en la Solicitud de Pensión es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que una declaración falsa en esta Solicitud de Pensión me puede descalificar a las prestaciones de jubilación y que el Consejo de Administración tiene el derecho de recuperar cualquier pago hecho a mí a causa de una declaración falsa. También entiendo que cualquier declaración intencionalmente falsa en la solicitud de pensiones podría ser castigado con multa y / o prisión.

Firma: _____

Fecha: _____