

# PLAN DE PENSION PARA EMPLEADOS AGRICOLAS DE EMPLEADORES MIEMBROS DE CALIFORNIA GROWER FOUNDATION

## Notificación de Intento de Retiro

**Al: Comité del Plan**

\_\_\_\_\_  
Nombre del miembro del Plan

\_\_\_\_\_  
No. de Seguro Social

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

Por medio de la presente le comunico al comité mi intención de retiro en \_\_\_\_\_,  
(mes, día, año)  
y la fecha en la cual mi ingreso de retiro comenzara. Sujeto oportunamente al archivamento de esta notificación con el comité, la fecha efectiva en la cual comenzaran los beneficios será el primer día de ASAP.  
(mes, año)

Yo entiendo que esta solicitud y notificación es sujeta a las siguientes condiciones:

- La Fecha Normal de mi Retiro es el primer día del mes que sigue cuando cumpla 65 años de edad.
- Puedo escoger retirarme y comenzar a recibir los beneficios el primer día de cualquier mes después de cumplir los 55 años y completar 5 años de servicios acreditados por servicio de pensión. Sin embargo, tengo entendido que si prefiero comenzar a recibir el ingreso de retiro antes de La Fecha de Retiro Normal, tal ingreso será una cantidad reducida, que reflejara el comienzo temprano de pagos de beneficios.
- Entiendo que si estoy casado mi beneficio quedara actualmente reducido y se me pagara en forma conjunta de un 50% de anualidad con mi esposo(a) como anualidad contingente al menos que yo escoja de otro modo marcando otra forma de beneficio que se encuentra al reverso de esta pagina.
- Yo puedo, por petición de mi Empleador, continuar trabajando activamente después de La Fecha de mi Retiro Normal. Comprendo que continuare recibiendo beneficios por trabajar después de La Fecha Normal de mi Retiro, pero el ingreso de mi retiro no comenzara hasta la fecha cuando me retire. **Reconozco, que los pagos de mis beneficios cesaran si regreso a trabajar.**
- Comprendo que el Comité requerirá pruebas razonables de la fecha de mi nacimiento y la de mi esposo(a) o de la anualidad contingente, y estoy de acuerdo acceder cualquier solicitud razonable por documentación necesaria.
- La dirección a la cual me pueden enviar los pagos de mi retiro se la notifico al reverso de esta pagina. Comprendo que es mi responsabilidad notificar al Comité cuando ocurra cualquier cambio de dirección.
- Comprendo que se me pagaran mis beneficios de retiro en una suma total si el valor de mi retiro o la fecha de terminación no asciende mas de \$3,500.
- Comprendo que si por mi culpa dejo de trabajar después de completar cinco(5) años de servicios en el plan acreditado de pensión, tengo todavía el derecho de recibir los beneficios invertidos en el plan, al comenzar la fecha de mi retiro. Entiendo, además, que el Comité puede decidir pagarme una suma total igual al valor de mi beneficio invertido, si tal cantidad no ascienda a mas de \$3,500.

- Comprendo que si el valor de mi beneficio invertido es mayor que la cantidad de \$3,500., puedo escoger recibir el valor de mi beneficio invertido en forma de una suma total en vez de recibir los beneficios mensuales. (Si el valor es menor de \$3,500., véanse las dos cláusulas anteriores). **Comprendo también que si escojo recibir mi beneficio bajo esta opción de una suma total, no recibiré el pago hasta un año después de haber trabajado por un empleador que hace contribuciones a este plan por mi beneficio mío o cuando cumpla los 62 años cualesquiera que sea mas pronto.**
- Reconozco que se me ha dado una explicación de las formas opcionales de los beneficios de retiro que me son disponibles y que he leído tal explicación. Por lo tanto escojo el beneficio de retiro que comenzara en la fecha anotada arriba al reverso de esta pagina:

**(Favor de marcar uno)**

- ( ) 1. Anualidad de Vida
- ( ) 2. Conjunta y 50% de Anualidad para el Sobreviviente.
- ( ) 3. Una Suma Total

Certifico que la firma y la información concerniente al esposo(a) o a la Anualidad Contingente que aparecen abajo es verdadera y correcta.

**(Escriba con letra de imprenta o a maquina)**

\_\_\_\_\_  
Nombre de Esposo(a) o Anualidad Contingente      Sexo      Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Numero y Calle      Ciudad      Estado      Código Postal

\_\_\_\_\_  
Parentesco      No. de Seguro Social

\_\_\_\_\_  
Firma      (      )  
Numero de teléfono

ES UD. CIUDADANO DE LOS ESTADOS UNIDOS? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Fecha      Firma del Miembro del Plan

\_\_\_\_\_  
Numero y Calle

\_\_\_\_\_  
Ciudad      Estado      Código Postal

Recibido a favor del Comité del Plan:	
Fecha	Firma del Representante de la Fundación