



# Retiro - Elegible para transferencia

- No utilizar este formulario para distribuciones obligatorias que (i) sean pagaderas directamente al participante o (ii) se hayan de transferir automática y directamente a un Plan de Jubilación Individual (IRA). Utilizar el formulario GP4929US para Distribuciones Obligatorias.

## Sección A - Información general - A ser completada por un Representante de la Compañía o un Administrador Tercero

|  |  |  |                     |     |                    |     |
|--|--|--|---------------------|-----|--------------------|-----|
| Nombre del Titular del Contrato (Fiduciario)                         |  |  |                     |     | Número de Contrato |     |
| Nombre del Participante (Apellido, Primer Nombre, Inicial 2º Nombre) |  |  | Fecha de nacimiento | Mes | Día                | Año |
| Número del Seguro Social   |  |  |                     |     |                    |     |

## Sección B - Razón del retiro - A ser completada por un Representante de la Compañía o un Administrador Tercero

|    |  |     |     |     |    |  |  |
|----|--|-----|-----|-----|----|--|--|
| TE | <input type="checkbox"/> Terminación del empleo - Según define el contrato | Mes | Día | Año | QD | <input type="checkbox"/> Orden calificada de relaciones domésticas (si el beneficiario alternativo es el cónyuge). |  |
| RE | <input type="checkbox"/> Jubilación  | Mes | Día | Año | VC | <input type="checkbox"/> Retiro de dinero voluntario del empleado  |  |
| PD | <input type="checkbox"/> Pre-jubilación                                    |     |     |     |    | IR   | <input type="checkbox"/> Retiro de dinero de transferencia             |
| DI | <input type="checkbox"/> Discapacidad                                      |     |     |     |    | IO   | <input type="checkbox"/> Otro retiro - Indique la razón a continuación |
| DE | <input type="checkbox"/> Muerte (si el beneficiario es el cónyuge)         |     |     |     |    |  |  |

## Sección C - Detalles de retiro total - A ser completada por un Representante de la Compañía o un Administrador Tercero

La contribución final del participante fue/o será para el período de pago finalizado el: 

|     |     |     |
|-----|-----|-----|
| Mes | Día | Año |
|-----|-----|-----|

 El retiro será procesado después de recibir la contribución final

Código de distribución del IRS (Servicio de Rentas Internas) para este retiro

Porcentaje(s) de adquisición de plenos derechos para:

|                            |                        |                |                        |
|----------------------------|------------------------|----------------|------------------------|
| Contribución del empleador | <input type="text"/> % | Otro dinero ER | <input type="text"/> % |
| Participación en ganancias | <input type="text"/> % | Otro dinero ER | <input type="text"/> % |

Opciones para el dinero del empleador en relación con el cual no se han adquirido plenos derechos (el dinero se dejará en la cuenta del participante, invertido de conformidad con las instrucciones corrientes que posea John Hancock USA, si no se selecciona ninguna opción):

Transferir a una Cuenta de Efectivo Contractual para asignación futura (el dinero se acreditará en la Cuenta de Efectivo Contractual)

Utilizar para pagar cargos contractuales pendientes de John Hancock USA

Dejar según está invertido en la cuenta del participante hasta que se envíen instrucciones a John Hancock USA.

Transferir el dinero en relación con el cual no se hayan adquirido plenos derechos de las subcuentas a la subcuenta más conservadora bajo su contrato?  Sí  No

Reembolsar al Fiduciario del Plan para depósito en la Cuenta de Fideicomiso del Plan

## Sección D - Datos sobre préstamos - A ser completada por un Representante de la Compañía o un Administrador Tercero

¿Hay algún préstamo pendiente de su cuenta?  Sí  No En caso afirmativo, ¿cuál es el código de distribución del IRS a ser usado para el 1099R con respecto a la falta de pago del préstamo?

Si existe un préstamo pendiente, se producirá un incumplimiento de pago con respecto al saldo del préstamo pendiente. Dependiendo del código de distribución, puede ser tratado como una distribución, y puede estar sujeto a retención fiscal a menos que se adjunte un cheque por el saldo pendiente al presente formulario.

## Sección E - Detalles de retiros parciales - A ser completada por el Participante. Completar esta sección únicamente si su solicitud es para retirar una parte de su cuenta

Suma del retiro parcial (Esta suma debería ser neta de cualesquiera cargos indicados en la Sección H). \$  Código de distribución del IRS (Servicio de Rentas Internas) para este retiro

Por favor indique el Tipo de dinero a ser retirado y la suma. Es esencial que usted utilice los nombres que aparecen en los estados de cuenta del contrato. La Opción de inversión no es obligatoria. Si se deja en blanco, se utilizará el retiro estándar de John Hancock USA. (Por favor consulte al Administrador de su Plan para detalles).

Su Plan y el código fiscal pueden establecer restricciones respecto al tipo de dinero que puede ser retirado. Consulte al Administrador de su Plan para asegurarse de que su retiro sea procesado a partir del tipo de dinero correcto. John Hancock USA se basa en sus instrucciones para procesar su retiro y no es responsable de determinar ni verificar la exactitud de tales instrucciones.

| Tipo de dinero (Obligatorio) | Inversión (Opcional) | \$ | % | Suma o porcentaje |
|------------------------------|----------------------|----|---|-------------------|
| ERMAT                        | MMF                  |    |   | \$1,000           |
|                              |                      |    |   |                   |
|                              |                      |    |   |                   |
|                              |                      |    |   |                   |

Ejemplo

## Detalles acerca de retiros del Empleado después de impuestos - A ser completado por el Representante del Plan de la Compañía o un Administrador Tercero

Por lo que respecta a los retiros del Empleado con dinero después de impuestos, ¿se efectuó alguno antes de 1987?

No  Sí - ¿Total de contribuciones después de impuestos efectuadas antes de 1987? \$

En caso afirmativo, ¿se debe determinar la parte sujeta al pago de impuestos en virtud de las reglas de prorrateo del IRS según requiere la Sección 72 del IRC?

Sí - En caso afirmativo, la distribución incluirá una parte prorrateada de ganancias que estarán sujetas al pago de impuestos.

No - Si la respuesta es no, ¿cuál es la suma de las contribuciones anteriores a 1987 que se está retirando en este momento? \$

## Sección F - Instrucciones relativas a pagos

**FI** Para una transferencia directa a un Plan Calificado, se debe indicar más abajo el nombre del plan y, si resulta aplicable, el número de cuenta. Para una transferencia directa a una cuenta IRA, debe proporcionar más abajo el número de su cuenta IRA. Si la distribución de transferencia directa incluye dinero después de impuestos, la parte después de impuestos sólo se puede efectuar a un plan calificado de distribuciones definidas o a una cuenta IRA. Si la distribución de transferencia directa incluye dinero de cuentas Roth 401(k), dicha parte sólo puede ser transferida a un plan calificado bajo la Sección 401(a) que acepte contribuciones de transferencias de cuentas Roth o a una cuenta IRA. Si la transferencia ha de ser recibida por más de un destinatario o cuenta del plan, **por favor proporcione una copia adicional de la página 2 con instrucciones de pago.** El hecho de no hacerlo puede dar como resultado una demora en el procesamiento de su solicitud.

Transferencia directa a otro Plan calificado bajo la Sección 401(a), Plan de la Sección 403(b) o Plan Gubernamental bajo la Sección 457.

Fiduciario del Plan

No. de cuenta

Completar la Sección 1 ó 2 más abajo.

**O**  
 No. de cuenta IRA de transferencia  No. de cuenta ROTH IRA de transferencia  
 Completar la Sección 1 ó 2 más abajo.

**RO/TO**  Transferencia directa con aplazamiento fiscal de John Hancock USA - **Completar la dirección del contribuyente para el formulario 1099R en la Sección 1 más abajo.** Se requiere que establezca una nueva cuenta IRA de John Hancock USA con la asistencia de un Representante Registrado y se ha de presentar documentación adicional. La suma de su transferencia directa puede estar sujeta a una suma mínima requerida de hasta \$25,000.00, dependiendo de su plan. Por favor llame al 1-800-395-1113 si necesita información adicional. La transferencia de fondos ocurrirá después de que se haya abierto una nueva cuenta. Los fondos se transferirán internamente, no se emitirá ningún cheque.

Marque este casillero si su Representante Registrado ya ha presentado los formularios requeridos para su nueva cuenta de Jubilación Individual de John Hancock USA.

Número de teléfono del Participante durante el día

**O** Nombre y número de teléfono del Representante Registrado

Nombre

Número de teléfono

**NC**  No emitir cheque, dejar el dinero en el Contrato según está invertido actualmente.

**TR**  Fiduciario del Plan - El Fiduciario es responsable del desembolso de fondos y de todas las retenciones y declaraciones fiscales al IRS.

**PA**  Participante directamente - **Completar la Sección 1 ó 2 más abajo.** (Sujeto a impuestos federales obligatorios y, si resulta aplicable, impuestos estatales. Completar la Sección G en la página 3).

**BE**  Beneficiario - **Completar la Sección 1 ó 2 más abajo.**

## Método de pago

Por favor asegúrese de completar la información apropiada para la Sección 1 ó 2.

Si el pago está siendo efectuado a más de un beneficiario, por favor proporcione una copia adicional de la página 2 con instrucciones acerca del pago.

**Transferencia electrónica de fondos** - Completar la Sección 1. Se recomienda esta opción para **TODAS** las distribuciones para un acceso más oportuno a sus fondos. Seleccione esta opción para sumas de distribuciones de más de \$50,000.

**Cheque** - Completar la Sección 2. Deje que transcurran 5-10 días hábiles de plazo para envío por correo. Si la información relativa a beneficiario de pago se deja en blanco en la Sección 2, el cheque se extenderá con el nombre y la dirección del contribuyente, tal y como se indica en la Sección 2.

## Sección 1 - Transferencia electrónica de fondos

| Información relativa a transferencia electrónica de fondos   |                  | Dirección del contribuyente para el 1099R                      |        |
|--|------------------|--|--------|
| Porcentaje/suma<br>% \$<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   |                  | No. del Seguro Social - Si el contribuyente es el beneficiario |        |
| <input type="checkbox"/> Transferencia o <input type="checkbox"/> ACH. Si se utiliza ACH, seleccionar tipo de cuenta: <input type="checkbox"/> Corriente o <input type="checkbox"/> Ahorro |                  | Nombre - Primero, Inicial 2° Nombre, Apellido                  |        |
| Nombre del Banco   |                  | Dirección del banco - Número, Calle, Apart.                    |        |
| Dirección del banco - Número, Calle  |                  | Dirección del banco - Número, Calle, Apart.                    |        |
| Ciudad   | Estado           | Código Postal  |        |
| No. de ABA del banco   | Número de cuenta |  |        |
| Nombre de la parte crediticia (debe incluir el nombre del participante/nombre del beneficiario de pago alternativo)  |                  | Ciudad   | Estado |
| Atención/Re  |                  | Código Postal  |        |

**O**

## Sección 2 - Cheque

| Beneficiario de pago a ser indicado en el cheque                               |        | Dirección del contribuyente para 1099R                         |  |
|--|--------|--|--|
| Porcentaje/suma<br>% \$<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   |        | No. del Seguro Social - Si el contribuyente es el beneficiario |  |
| Número del Seguro Social   |        | Nombre - Primero, Inicial 2° Nombre, Apellido                  |  |
| Nombre - Primero, Inicial 2° Nombre, Apellido o Nombre del Fiduciario del Plan |        | Dirección del banco - Número, Calle, Apart.                    |  |
| Dirección del banco - Número, Calle, Apart.                                    |        | Dirección del banco - Número, Calle, Apart.                    |  |
| Ciudad   | Estado | Código Postal  |  |
| Ciudad   | Estado | Código Postal  |  |

**Sección G - Retención fiscal - A ser completada por el Participante**

**Federal** Las distribuciones de contribuciones gravables más las ganancias de todas las contribuciones se encuentran sujetas a impuestos federales sobre la renta. La legislación federal exige la retención del 20% de la suma gravable de las distribuciones, a menos que el pago se transfiera de forma directa a otro plan calificado 401(a), Plan de la Sección 403(b), Plan Gubernamental de la Sección 457 o Cuenta IRA. Puede que la suma retenida no represente su obligación fiscal total. Por favor consulte la información proporcionada por el Administrador de su Plan en relación con estas reglas fiscales y marque el casillero apropiado más abajo. Contacte al Administrador de su Plan, asesor fiscal o IRS si tiene alguna pregunta relativa a retenciones o a estas reglas fiscales.

- He leído la información proporcionada y elijo recibir una **distribución completa de mi beneficio**. Entiendo que la parte **gravable** de mi pago se encuentra sujeta a una retención fiscal federal sobre la renta del 20%. Nota: no se retendrán impuestos para sumas inferiores a \$200.
- He leído la información proporcionada y elijo efectuar una transferencia directa a una cuenta calificada de la suma íntegra de mi beneficio, incluidas todas las contribuciones después de impuestos, caso de haberlas. Consulte las instrucciones de pago más arriba. Entiendo que no se efectuará ninguna retención fiscal federal de mi pago.
- He leído la información proporcionada y elijo recibir todas mis contribuciones después de impuestos, y efectuar una transferencia directa de la parte **gravable** de mi pago a una cuenta calificada. Consulte las instrucciones relativas a pago más arriba. **No** quiero que se efectúen retenciones fiscales federales de mi pago.

**Estatal** Si ha elegido el Casillero más arriba (y se han retenido impuestos federales sobre la renta), se retendrán impuestos estatales sobre la renta de la parte gravable de su pago si usted reside en **Arkansas, Delaware, Iowa, Kansas, Maine, Maryland, Massachusetts, Nebraska, Carolina del Norte, Oklahoma, Vermont o Virginia**. Si usted reside en **California, Carolina del Norte u Oregon**, se retendrán impuestos estatales a menos que usted marque el Casillero 1. Algunos de estos estados permiten retenciones fiscales voluntarias. Los residentes de los estados que permitan retenciones voluntarias pueden elegir que se retengan impuestos estatales de la parte sujeta a impuestos de su pago marcando el Casillero 2 más abajo e ingresando la suma monetaria o porcentaje a ser retenido. **Se puede obtener información adicional contactando con el Departamento de Rentas de su estado.**

- NO** quiero que se retengan impuestos estatales.
- Por favor retengan  %  \$  O  % de la suma de **impuestos federales sobre la renta** de mi distribución para el pago de impuestos estatales sobre la renta.  
O  % de la **suma total sujeta a impuestos** de mi distribución para el pago de impuestos estatales sobre la renta.

**Sección H - Cargo por retiro del Administrador Tercero - A ser completada por el Representante del Plan de la Compañía o Administrador Tercero.**

No se aplicará ningún cargo si esta sección no se completa.

Deduzcan el Cargo de Administrador Tercero del saldo de la cuenta del participante al mismo tiempo que se deduzca esta distribución y paguen el Cargo al Administrador Tercero actual que obre en los expedientes de John Hancock USA.

Suma del cargo fijo \$

Véase el anexo - Incluir un anexo con detalles de cargos si hay cargos múltiples o beneficiarios múltiples de pago (p. ej., QDRO, beneficiarios en caso de muerte)

Resultan de aplicación

las siguientes condiciones:

- John Hancock USA utilizará el orden protocolario estándar para deducir el cargo.
- El Cargo de Administrador Tercero se deducirá generalmente de la cuenta después de la suma del retiro.
- John Hancock USA no es responsable de ninguna suma de cargos no cobrados como resultado de la existencia de fondos insuficientes. Esta falta de fondos será notificada en las confirmaciones de transacciones y resúmenes.

**Sección I - Firmas**

Para su protección, la ley estatal, donde resulte aplicable, requiere que la frase siguiente aparezca en este formulario. Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a sanciones y reclusión en una prisión estatal.

Bajo pena de perjurio, certifico que:

1. El número mostrado en este formulario es mi Número de Identificación de Contribuyente (Número de Seguro Social) correcto y
2. Soy una persona de los EE.UU. (incluido un extranjero residente en los EE.UU.).

**Usted tendrá acceso pleno a su cuenta a través del sitio Web para participantes - [www.jhpensions.com](http://www.jhpensions.com) o nuestro servicio telefónico gratuito 1 800 395-1113, mientras espera a que su retiro sea procesado.**

|  |                      |                      |                      |                      |                      |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Firmado en   | Ciudad               | Estado               | En este              | Día y mes            | Año                  |
| <input type="text"/>                                       | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Firma del Participante/Beneficiario (si resulta aplicable) |                      |                      |                      | Nombre               |                      |
| <input type="text"/>                                       |                      |                      |                      | <input type="text"/> |                      |

Si el participante/beneficiario no firma más arriba, el representante autorizado del Plan certifica a continuación, bajo pena de perjurio, que sobre la base del registro del patrocinador del plan, el número mostrado en este formulario es el número correcto de identificación de contribuyente (Número del Seguro Social) del participante y que el participante es una persona de los EE.UU. (incluido un extranjero residente en los EE.UU.).

Certifico que toda la información anterior es completa y correcta, que las elecciones y consentimiento requeridos del Participante y, si resulta aplicable, el consentimiento del cónyuge para participantes casados, según requiere la Sección 417 del IRC, se han obtenido de forma apropiada, y que los fondos que se están retirando no tienen como destino transacciones prohibidas, según se define en la Sección 4975 del IRC. Certifico asimismo que se ha proporcionado toda la información aplicable que se requiere que sea proporcionada por el Participante en virtud de la Sección 417 del IRC, así como una explicación de la opción de transferencia directa y reglas fiscales relacionadas requeridas por la Sección 402 del IRC. Por el presente doy instrucciones a John Hancock USA para que pague al Administrador Tercero el cargo indicado más arriba, que se deducirá de la cuenta del participante en el momento de la distribución. Entiendo y acepto que estos cargos sean deducidos y se mantengan en la cuenta general de John Hancock USA hasta que sean pagados al Administrador Tercero. Declaro por el presente que estos cargos son acordes al plan de cargos que ha sido aprobado por el fiduciario del plan o el fiduciario nombrado, se encuentran autorizados en virtud de los términos del plan y que el fiduciario del plan o el fiduciario nombrado ha determinado que los cargos solicitados son razonables. Certifico asimismo que, si resulta aplicable en virtud de los términos del Plan, el Participante ha renunciado al período de espera de 30 días. En nombre del patrocinador del Plan, el Plan y su fideicomiso relacionado, acepto asimismo indemnizar y eximir de responsabilidad a John Hancock USA, sus empleados, agentes, consejeros y ejecutivos con respecto a cualesquiera obligaciones, sanciones e impuestos en que se pueda incurrir como resultado del hecho de que la distribución solicitada dé pie a una o más transacciones prohibidas o por implementar solicitudes (lo cual incluye, si resulta aplicable, una solicitud de transferencia directa) sobre la base exclusivamente de las instrucciones proporcionadas en este formulario, o si cualesquiera certificaciones proporcionadas en este formulario son incorrectas.

|   |                      |                      |                      |                                   |                      |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------------------|----------------------|
| Firmado en                                  | Ciudad               | Estado               | En este              | Día y mes                         | Año                  |
| <input type="text"/>                        | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>              | <input type="text"/> |
| Firma del Representante autorizado del Plan |                      |                      |                      | Nombre del Administrador del Plan |                      |
| <input type="text"/>                        |                      |                      |                      | <input type="text"/>              |                      |

## Apéndice

El presente apéndice se proporciona únicamente para comodidad del Administrador del Plan. John Hancock USA no mantendrá ni obrará sobre la base de ninguna parte de la información proporcionada en el presente Apéndice. Este apéndice será mantenido por el Administrador del Plan y no necesita ser enviado a John Hancock USA.

### Sección A

|  |     |     |        |                                 |        |                                  |  |
|--|-----|-----|--------|---------------------------------|--------|----------------------------------|--|
| Nombre del Titular del Contrato (Fiduciario)                         |     |     |        |                                 |        | Número de Contrato               |  |
| Nombre del Participante (Apellido, Primer Nombre, Inicial 2º Nombre) |     |     |        |                                 |        | Número del Seguro Social         |  |
| Dirección - Número, Calle, Apt.                                      |     |     | Ciudad |                                 | Estado | Código Postal                    | No. de teléfono  |
| Fecha de nacimiento  | Mes | Día | Año    | Fecha de contratación           | Mes    | Día                              | Año  |
|  |     |     |        | Fecha de terminación/jubilación | Mes    | Día                              | Año  |
|  |     |     |        |                                 |        | Horas trabajadas el año en curso | <input type="checkbox"/> Menos de 500<br><input type="checkbox"/> Entre 500 - 1000<br><input type="checkbox"/> Más de 1000 |

### Sección B - Renuncia al período de espera

En general, usted tiene derecho a un período de al menos 30 días para considerar la decisión de elegir un retiro desde el día en que usted reciba la Notificación Fiscal Especial del Administrador de su Plan. No obstante, si su plan lo permite, usted puede elegir renunciar a este período de espera de 30 días y que sus beneficios le sean pagados antes. Para renunciar al período de espera, marque el casillero a continuación:  Elijo renunciar al período de espera de 30 días

### Sección C - Consentimiento del cónyuge

**Consentimiento del cónyuge - Completar para todos los saldos de cuentas de más de \$5,000 o sumas menores según resulte aplicable bajo su Plan si su plan se encuentra sujeto al requisito de Anualidad Mancomunada y de Supervivencia. John Hancock USA no es responsable de efectuar tal determinación. Para preguntas relacionadas con el saldo de su cuenta, por favor póngase en contacto con el Administrador de su Plan. Si resulta aplicable, complete 1 ó 2 más abajo.**

1.  **Certificación de ausencia de cónyuge** Por el presente certifico que no estoy casado actualmente y que no hay ningún beneficio del Plan pagadero a un ex-cónyuge bajo una orden calificada de relaciones domésticas.

|   |           |                        |
|---|-----------|------------------------|
| Formalizado este  | Día y mes | Año                    |
| Escribir en letra de imprenta/molde - Nombre del Participante |           | Firma del Participante |

2.  **Certificación de cónyuge** Antes de completar esta sección, por favor lea detenidamente la información proporcionada por usted al Administrador de su Plan o al Administrador Tercero con respecto a los derechos del cónyuge a la forma de Pago de Anualidades Mancomunadas y de Supervivencia de conformidad con la ley y el Plan.

Yo  Nombre del Cónyuge del Participante soy el cónyuge de  Nombre del Participante

Entiendo que tengo derecho a que  Nombre del Plan

pague los beneficios de jubilación de mi cónyuge que se indican en la forma de pago de Anualidad Calificada Mancomunada y de Supervivencia (QJSA por sus siglas en inglés) especial y acepto renunciar a tal derecho. Entiendo que mediante la firma del presente acuerdo, puede que reciba menos dinero del que habría recibido en virtud de la forma de pago de QJSA especial y que es posible que no reciba nada después de que mi cónyuge muera. Entiendo asimismo que no puedo revocar mi acuerdo una vez que lo otorgue.

Acepto que mi cónyuge puede recibir este retiro de sus beneficios de jubilación de conformidad con el Plan en la forma de una suma global. Entiendo que mi cónyuge no puede elegir una forma de pago diferente, a menos que acepte los cambios o a menos que el cambio se efectúe a la forma de pago de QJSA.

Entiendo que no tengo que firmar el presente acuerdo. Firmo el presente acuerdo de forma voluntaria y he leído la información proporcionada por el Administrador del Plan (o el Administrador Tercero) con respecto a mis derechos a la forma de pago de QJSA en virtud del Plan.

Entiendo que si no firmo el presente acuerdo, mi cónyuge y yo recibiremos pagos del Plan bajo la forma de pago especial de QJSA.

|   |        |        |      |           |     |
|---|--------|--------|------|-----------|-----|
| Firmado en  | Ciudad | Estado | Este | Día y mes | Año |
| Firma del cónyuge - Debe ser presenciada por un Notario Público o por el Administrador del Plan |        |        |      |           |     |

El cónyuge cuya firma se indica más arriba y quien según me consta personalmente es dicho cónyuge, o en relación con el cual se me proporcionan pruebas satisfactorias de que es dicho cónyuge, ha ratificado dicha firma en mi presencia como su acto libre y voluntario.

Formalizado bajo mi firma y sello notarial

|   |        |        |      |           |     |
|---|--------|--------|------|-----------|-----|
| Firmado en  | Ciudad | Estado | Este | Día y mes | Año |
| Firma del Notario Público                         |        |        |      |           |     |
| Dirección   |        |        |      |           |     |
| Estado de   |        |        |      |           |     |
| Condado de  |        |        |      |           |     |
| Fecha de vencimiento del cargo de Notario Público |        |        |      |           |     |

|                                   |        |        |      |           |     |
|-----------------------------------|--------|--------|------|-----------|-----|
| Firmado en                        | Ciudad | Estado | Este | Día y mes | Año |
| Firma del Administrador del Plan  |        |        |      |           |     |
| Nombre del Administrador del Plan |        |        |      |           |     |

# Vesting Verification

*Use this worksheet when assisting a participant in completing a withdrawal form.*

**Please complete the information below to help determine the employee's vested portion of the employer money contributed to his/her account.**

Termination Date: \_\_\_\_\_

Years and Hours Worked:

*Start with the most recent year worked and work backwards.*

Year: \_\_\_\_\_ Hours: \_\_\_\_\_

Year: \_\_\_\_\_ Hours: \_\_\_\_\_

Year: \_\_\_\_\_ Hours: \_\_\_\_\_

Year: \_\_\_\_\_ Hours: \_\_\_\_\_

Year: \_\_\_\_\_ Hours: \_\_\_\_\_

Year: \_\_\_\_\_ Hours: \_\_\_\_\_

Year: \_\_\_\_\_ Hours: \_\_\_\_\_

Notes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_