

Aplica sólo a 401(a)     Aplica sólo a 457(b)     Aplica a ambos planes 401(a) y 457(b) (por defecto si no selecciona uno)

**INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN**

Sr/Sra/Srta Nombre \_\_\_\_\_ Inicial del Segundo Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Dirección de Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_ Fecha de Contratación \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Nombre de la Empresa \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE NÓMINA – PARA PLANES 457(B) SOLAMENTE**

Contribuciones tradicionales antes de impuestos por pago % o \$ \_\_\_\_\_ x # de pagos al año = Contribuciones anuales EE \$ \_\_\_\_\_

Contribuciones Roth antes de impuestos por pago % o \$ \_\_\_\_\_ x # de pagos al año = Contribuciones anuales EE \$ \_\_\_\_\_

*\* No puede exceder los límites del Código del IRS (el límite del Código del IRS para 2022 es de \$20,500 y \$6,500 adicionales de recuperación si tiene más de 50 años)*

**DESIGNACIÓN DEL BENEFICIARIO**

De acuerdo con el Plan, por la presente revoco cualquier designación anterior de beneficiario(s) primario(s) y beneficiario(s) contingente(s) (si lo(s) hay) y designo como beneficiario(s) primario(s) y beneficiario(s) contingente(s) (si lo(s) hay) en caso de mi fallecimiento, a los siguientes según lo dispuesto a continuación. A menos que especifique lo contrario, si designa a más de un beneficiario en cualquier clase, los beneficiarios de la clase se repartirán a partes iguales.

**BENEFICIARIO PRINCIPAL:** *(Si se designa más de un beneficiario principal, facilite toda la información de cada uno de ellos y el porcentaje del beneficio, que debe ser igual al 100% entre todos los beneficiarios principales)*

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

\*# de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ % de Beneficio \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

**BENEFICIARIO(S) CONTINGENTE(S):** *(Si se designa más de un beneficiario contingente, proporcione toda la información de cada uno de ellos y el porcentaje del beneficio, que debe ser igual al 100% entre todos los beneficiarios contingentes. La designación de un beneficiario contingente es aplicable en virtud de esta prestación del plan sólo si el beneficiario principal designado anteriormente no está vivo en el momento del fallecimiento del afiliado. Si se designa más de un beneficiario primario, los beneficiarios contingentes deben ser identificados específicamente para cada beneficiario primario).*

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

\*# de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ % de Beneficio \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

**BENEFICIARIO(S) CONTINGENTE(S):**

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

\*# de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ % de Beneficio \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

*A los beneficiarios menores de edad se les concederá la distribución que les corresponda de acuerdo con este formulario, a menos que se haya establecido un fideicomiso de custodia específico antes del fallecimiento del afiliado o que un acuerdo de herencia modifique la designación. Es responsabilidad del beneficiario notificar al fideicomisario (el empleador del afiliado) cualquier acuerdo de custodia o de otro tipo existente.*

*\* Los números de seguro social se solicitan y se mantienen en nombre de todos los participantes, beneficiarios y retirados del plan para la recopilación de datos, la conciliación, el seguimiento y el procesamiento de los beneficios, los informes fiscales y la verificación de la identidad. Los números de seguro social también se utilizan como identificador numérico único y pueden utilizarse para la búsqueda de registros de defunción.*

*El afiliado se reserva el derecho de revocar esta designación firmando y presentando al (empleador, Junta, Plan, etc.) un nuevo formulario de designación de beneficiario. No se requerirá el consentimiento del beneficiario del afiliado para cualquier cambio de beneficiario.*

**ACUERDO DE PARTICIPACIÓN – Opciones de Inversión desde 9/30/2021**  
**Ingrese a su cuenta en línea o comuníquese con FMPTF para asistencia llamando al 888.945.7401**

Categoría de Activos	Nombre del Fondo	Símbolo	Expensa
Efectivo	Vanguard Federal Money Market	VMFXX	0.11%
Valor Estable	Vanguard Retirement Savings Trust	n/a	0.45%
Bonos	Vanguard Intermediate-Term Investment Grade	VFIDX	0.10%
	Vanguard Total Bond Market Index	VBTLX	0.05%
	Vanguard Total International Bond Index	VTABX	0.11%
Balanceados	Vanguard Wellington Fund	VWENX	0.16%
Acciones de Alta Capitalización	Vanguard Windsor II	VWNAX	0.26%
	Vanguard Institutional Index	VINIX	0.04%
	Vanguard FTSE Social Index	VFTAX	0.14%
	Vanguard PrimeCap	VPMAX	0.31%
Acciones de Pequeña Capitalización	Vanguard Small-cap Index Signal	VSMAX	0.05%
	EV Atlanta Capital SMID-Cap I	ERASX	0.82%
Internacionales	Vanguard Total International Stock Index	VTIAX	0.11%
	Vanguard Emerging Markets Stock Index	VEMAX	0.14%
	Vanguard All World ex-US Small Cap	VFSAX	0.16%
REIT	Vanguard Real Estate Index	VGSLX	0.12%
Objetivo de Retiro	Vanguard Target Retirement Income	VITRX	0.09%
	Vanguard Target Retirement 2015	VITVX	0.09%
	Vanguard Target Retirement 2020	VITWX	0.09%
	Vanguard Target Retirement 2025	VRIVX	0.09%
	Vanguard Target Retirement 2030	VTTWX	0.09%
	Vanguard Target Retirement 2035	VITFX	0.09%
	Vanguard Target Retirement 2040	VIRSX	0.09%
	Vanguard Target Retirement 2045	VITLX	0.09%
	Vanguard Target Retirement 2050	VTRLX	0.09%
	Vanguard Target Retirement 2055	VIVLX	0.09%
	Vanguard Target Retirement 2060	VILVX	0.09%

Por la presente solicito participar en el Plan de Retiro de la FMPTF, y acepto todas las disposiciones del Plan y de este acuerdo. Certifico que todo lo que he escrito en este formulario es verdadero, correcto y completo. Certifico, bajo pena de perjurio, que mi número de seguro social indicado es correcto. No estoy domiciliado ni resido en ningún otro lugar que no sea la dirección indicada anteriormente. Entiendo que puedo estar sujeto a sanciones civiles y penales y a castigos por cualquier declaración falsa a sabiendas en este formulario. Si el Plan paga o deja de pagar alguna prestación basándose en mi declaración falsa, seré responsable de los daños y perjuicios del Plan, incluyendo (entre otros) los gastos de investigación, honorarios y costos legales.

**Al firmar a continuación, reconozco:**

1. Los representantes del Fondo Fiduciario de Pensiones Municipales de Florida (FMPTF) o Florida League of Cities, Inc. no pueden brindarme asesoramiento sobre inversiones, y que no me han proporcionado ningún tipo de asesoramiento sobre inversiones.
2. Soy responsable por mis decisiones sobre la inversión en una o más de las opciones de inversión.
3. He leído y estoy de acuerdo con los términos del Acuerdo de Participación de la FMPTF.
4. La inversión por defecto para un participante que no hace una selección de inversión es un fondo de retiro Vanguard Target apropiado para su edad.
5. Debo elegir mis opciones de inversión en línea en [retirement.flcities.com](http://retirement.flcities.com) o poniéndome en contacto con un representante de la FMPTF.

\_\_\_\_\_  
 (Nombre del Participante en letra de molde)

\_\_\_\_\_  
 (Nombre del Testigo en letra de molde)

\_\_\_\_\_  
 (Fecha de la Firma)      \_\_\_\_\_  
 (Firma del Participante)

\_\_\_\_\_  
 (Fecha del Testigo)      \_\_\_\_\_  
 Firma del Testigo: Oficial del Plan o Notario Público

Por favor, envíe los formularios completados y firmados a su Departamento de Recursos Humanos

**INSTRUCCIÓN Y APROBACIÓN DEL EMPLEADOR**

\_\_\_\_\_  
 Firma autorizada en nombre del empleador      \_\_\_\_\_  
 Fecha      \_\_\_\_\_  
 Fecha de Contratación del Participante

**Empleador: Favor de enviar una copia a:** FMPTF c/o DC Program, P.O. Box 1757, Tallahassee, FL 32302 o a [retirement@flcities.com](mailto:retirement@flcities.com).