



Protecting America's Pensions

Pension Benefit Guaranty Corporation.

P.O. Box 151750 Alexandria, VA 22315-1750

Formulario de Información del Destinatario del Pago

PBGC Formulario SP701

Si necesita asistencia llame al **1-800-400-7242**

NOTIFICACIÓN SOBRE LA LEY DE PRIVACIDAD

La Ley de la Privacidad de 1974 (*Privacy Act*), con sus modificaciones en el estatuto 5 U.S.C. § 552a (2012 & Supp. II 2014), requiere que PBGC le entregue esta notificación cuando recolectamos información de usted. PBGC usa la información que recolecta para determinar si usted tiene derecho a un pago de beneficio, de un plan de jubilación que ha terminado, y si es así, para calcular la cantidad que se le debe, y para realizar los pagos adecuados de los beneficios. PBGC utiliza la información recolectada, incluyendo su nombre, su número de Seguro Social, fecha de nacimiento, y cualquier información personal identificable (PII) necesaria para identificar sus archivos dentro de PBGC, para reportar sus ingresos para propósito de impuestos, y para responder a solicitudes lícitas de información suya por parte de otros individuos y entidades. Su participación es voluntaria. Sin embargo, el no proporcionar esta información a PBGC, incluyendo su nombre, número de Seguro Social, fecha de nacimiento, y otra información personal identificable (PII) necesaria, podría demorar o impedir que PBGC calcule y le pague sus beneficios.

PBGC podría proporcionar información sobre usted a otros individuos o entidades cuando sea necesario y apropiado bajo 5 U.S.C. § 552a(b) de la Ley de Privacidad, incluyendo a: terceras partes para hacerle pagos de beneficios a usted; la compañía que era responsable de su plan o a entidades relacionadas a esa compañía; una organización sindical que lo represente; para obtener información de la Administración Federal de Aviación (FAA, siglas en inglés) concerniente a un piloto o a la elegibilidad de un antiguo piloto para un beneficio por discapacidad; para obtener su dirección de otras fuentes cuando PBGC no tiene su dirección actual válida; para cumplir con la ley federal requiriendo la divulgación de la información contenida en nuestros archivos; para facilitar la investigación estadística, auditar o investigar asuntos; para asignar agencias para la colección de deuda, y en una medida limitada, a su cónyuge, ex cónyuge, hijo, u otro dependiente, cuando dicho individuo podría llegar a tener derecho a recibir beneficios de PBGC.

PBGC también podría dar información de usted a agencias del orden público federales, estatales, locales, y tribales cuando PBGC se entera de una posible violación a las leyes penales o civiles. Si PBGC, un empleado de PBGC, los Estados Unidos u otra agencia de los Estados Unidos, se encuentra involucrado en un litigio, PBGC podría suministrar información relevante acerca de usted a un tribunal u organismo jurisprudencial o al Departamento de Justicia (DOJ) cuando este representa a PBGC. PBGC también podría proporcionar información sobre usted a la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB) con relación a la revisión de las leyes de asistencia financiera individual o a una oficina del Congreso en respuesta a una averiguación que esa oficina haga sobre usted a su pedido. Esta información también podría ser revelada para cualquier uso general de rutina de PBGC tal como se publicó en el Registro Federal.

PBGC publica notificaciones en el Registro Federal (FR) que describen con mayores detalles cuando información suya puede ser revelada a otros. Una copia de la notificación más reciente del Registro Federal puede obtenerse en línea en PBGC.gov/es/privacidad o llamando gratis al Centro de Contacto del Cliente de PBGC al 1-800-400-7242. Si usa TTY/ASCII llame al 1-800-845-6136 y dele al operador de retransmisión nuestro número de teléfono. La autoridad que posee PBGC de recolectar información sobre usted, incluyendo su número de Seguro Social, deriva de los Estados Unidos, código 29 U.S.C. §§ 1055, 1056 (d) (3), 1302, 1321, 1322, 1322a, 1341 y 1350 (2012 & Supp. II 2014).

NOTIFICACIÓN SOBRE LA LEY DE REDUCCIÓN DE TRAMITES

La Ley de Reducción de Tramites del 1995, 44 U.S.C. § 3501, et seq. requiere que PBGC le proporcione esta notificación cuando recolecta información de usted. PBGC usa la información recolectada, incluyendo nombre, número de seguro social, fecha de nacimiento, y/o cualquier otra información personal identificable (PII) específica necesaria, para determinar si usted tiene derecho a un pago de beneficio de un plan de jubilación que ha terminado. De ser así, para calcular la cantidad que se le debe, y para hacer pagos de beneficios. Su respuesta es voluntaria. Sin embargo, el no proporcionar esta información a PBGC, incluyendo su nombre, número de seguro social, fecha de nacimiento, y otra información personal identificable (PII) específica necesaria, podría retrasar o impedir que PBGC determine si usted tiene derecho a un pago de beneficio, calcular la cantidad debida, y pagar el beneficio que se le debe, si llegara a tener derecho. Cierta información proporcionada a PBGC podría ser información revelable bajo la Ley de la Libertad de Información, en su forma enmendada, 5 U.S.C. § 552, la Ley de Privacidad de 1974, en su forma enmendada, 5 U.S.C. § 552a.

PBGC estima que el trabajo implicado en cumplir con la solicitud de la recolección de información toma un promedio de aproximadamente 30 minutos a 1 hora y un costo promedio de \$3.50 cuando se requiere servicios de notario para completar un formulario o una solicitud. Estas son estimaciones; el tiempo y costo real variaría dependiendo de las circunstancias y el tipo de formulario o solicitud. Si usted tiene algún comentario con respecto a la exactitud de esta estimación o sugerencias para mejorar la recolección de información, por favor envíe sus comentarios a Pension Benefit Guaranty Corporation, Office of the General Counsel, Regulatory Affairs Division, 1200 K Street, NW, Washington, DC 20005-4026. Esta recolecta de información ha sido aprobada por la Oficina de Administración y Presupuesto (En inglés: Office of Management and Budget, OMB) bajo el número de control 1212-0055 (expiración 10/31/2021). Bajo la Ley de Reducción de Tramites, una agencia no podrá conducir ni patrocinar, y no es requerido que una persona tenga que responder a, una recolecta de información a menos que muestre un número actual y válido de control de OMB.



Formulario de Información del Destinatario del Pago

PBGC Formulario SP701

Pension Benefit Guaranty Corporation.
P.O. Box 151750 Alexandria, VA 22315-1750

Si necesita asistencia llame al 1-800-400-7242

Nombre del Plan:		Nombre del Participante:	
Número del Plan:			
Fecha de Impresión:			
Fecha de Terminación del Plan:			

INSTRUCCIONES: Usted debe completar este formulario para continuar recibiendo pagos de pensión. Si tiene alguna pregunta, llame al Centro de Contacto al Cliente al 1-800-400-7242. **Utilice tinta azul o negra y escriba claramente.**

1. Información General Sobre Usted

Apellido		Primer Nombre	
Segundo Nombre		Otro(s) Apellidos(s) Usado(s)	
Número de Seguro Social [][] - [][] - [][][][][]		Fecha de Nacimiento [][] / [][] / [][][][]	
		Sexo <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	
Dirección		Apartamento / Número de Ruta	
Ciudad		Estado	Código Postal
País		Correo Electrónico	
Teléfono Diurno ([][][]) [][][] - [][][][][]		EXTENSIÓN x [][][]	Teléfono Nocturno ([][][]) [][][] - [][][][]
Su relación con la persona que participó en el plan: SÓLO MARQUEUNO			
A. Participante – Los beneficios provienen de mi plan de pensión			<input type="checkbox"/>
B. Beneficiario – Los beneficios provienen del plan de pensión de alguien que ha fallecido.			<input type="checkbox"/>
Nombre del Participante:		Relación <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otro	
Nro. Seguro Social del Participante [][] - [][] - [][][][][]		Fecha Nacimiento Particip. [][] / [][] / [][][][]	Fecha Fallecimiento Particip. [][] / [][] / [][][][]
C. Beneficiario alternativo – Los beneficios son del plan de pensión de otra persona pero se me asignaron a mi en base a una orden de un tribunal .			<input type="checkbox"/>
Nombre del participante:			
Fecha de la orden:		[][] / [][] / [][][][]	
D. Otro. Por favor, explique:			<input type="checkbox"/>

CONTINÚA ATRAS

Aprobado OMB 1212-005
Vence 10/31/21

Número del Plan:

Nombre del Participante:

2a. Información del Participante – Complete esta sección solamente si marcó “Participante” en la sección 1. De lo contrario continúe con la sección 3.

¿Está usted empleado actualmente? Si es así, por favor proporcione la información que se pide a continuación:			No	<input type="checkbox"/>
			Sí	<input type="checkbox"/>
Nombre del Empleador:		Ciudad y Estado		
¿Estaba usted casado(a) cuando se jubiló? Si es así, por favor proporcione la información que se pide a continuación acerca de su cónyuge al momento de jubilarse.			No	<input type="checkbox"/>
			Sí	<input type="checkbox"/>
Apellido del Cónyuge		Nombre del Cónyuge		
Segundo Nombre del Cónyuge		Otro(s) Apellidos(s) Usado(s)		
Número de Seguro Social del Cónyuge	Fecha de Nacimiento del Cónyuge	Fecha del Matrimonio		
□ □ □ - □ □ □ - □ □ □ □ □ □	□ □ / □ □ / □ □ □ □ □ □	□ □ / □ □ / □ □ □ □ □ □		
Fecha de fallecimiento del cónyuge, si aplica (PRUEBA REQUERIDA)				
□ □ □ □ □ □ / □ □ □ □ □ □		□ □ □ □ □ □ / □ □ □ □ □ □		

2b. Orden del tribunal relacionada con el beneficio del participante

¿Existe una orden de un tribunal (Ej. orden de relaciones domésticas, sentencia de divorcio, orden de pensión alimenticia, etc.) que requiera que se paguen algunos o todos los beneficios a su cónyuge, ex-cónyuge, hijo, u otro dependiente?		No	<input type="checkbox"/>
		Sí	<input type="checkbox"/>
Fecha de la orden:	□ □ / □ □ / □ □ □ □ □ □		
Nombre del beneficiario alternativo:			

3. Designación de Beneficiario para Pagos Adeudados al Momento del Fallecimiento

– Es posible que PBGC le deba dinero al momento de su fallecimiento. Generalmente, esto sucede si su beneficio final es más alto que el beneficio estimado que le hemos estado pagando. Si otra persona continua recibiendo su beneficio después de su fallecimiento (**como es el caso con una Anualidad Garantizada y Continua o con una Anualidad Conjunta con Sobreviviente**), PBGC pagará lo que se le adeude a usted a esa persona. Si no hay beneficios continuos o la persona designada para recibir beneficios continuos fallece antes que usted, PBGC pagará lo que se le adeude al momento de su fallecimiento a la(s) persona(s) y/o entidad(es) que usted designe en esta sección (por ejemplo un fideicomiso, iglesia, patrimonio, u otra organización). Si no hace una designación, o si todos los beneficiarios que designa a continuación fallecen antes que usted, PBGC pagará lo que se le debe en el orden siguiente: su cónyuge, sus hijos(as), sus padres, su patrimonio, o el pariente más cercano.

Nombre a las siguiente(s) persona(s) como mi(s) beneficiario(s). Esta designación reemplaza cualquier designación previa y solamente será efectiva cuando PBGC la reciba.

Número del Plan:

Nombre del Participante:

Beneficiario(s)	Número de Seguro Social*	Fecha de Nacimiento*	Parentesco	Porcentaje**
Nombre _____ Dirección _____ _____ Número de Teléfono (durante el día): _____				
Nombre _____ Dirección _____ _____ Número de Teléfono (durante el día): _____				
Nombre _____ Dirección _____ _____ Número de Teléfono (durante el día): _____				

* Complete si se trata de una persona

** No es necesario proporcionar esta información. Si la proporciona el total debe llegar a 100%

4. Firma – Firme y escriba la fecha en la solicitud. Hacer declaraciones falsas, ficticias o fraudulentas de manera intencional o voluntariamente a Pension Benefit Guaranty Corporation es un delito punible bajo el Título 18, Sección 1001, y el Código de los Estados Unidos (USC).

Declaro bajo pena de perjurio que toda la información que he proporcionado en este formulario es verdadera y correcta.

FIRMA

FECHA