

Fideicomiso de Ahorro para la Jubilación de CWA

FORMULARIO DE CAMBIO DE APORTACIÓN

1 Información del Participante

Número de Seguro Social ____ - ____ - ____ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____

Nombre *(Letra de imprenta)* _____

Domicilio _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono diurno _____ Correo electrónico _____

Empleador _____

CAMBIO DE ELECCIÓN DE APORTACIÓN

MARQUE UNA DE LAS SIGUIENTES:

- Elijo cambiar mi aportación **antes de impuestos** al _____ % de mi paga. (Ingrese un porcentaje entero, del 1% al 50%).
- Elijo cambiar mi aportación **después de impuestos** al _____ % de mi paga. (Ingrese un porcentaje entero, del 1% al 10%). Nota: Las aportaciones después de impuestos son determinadas por su Acuerdo de Aceptación/CBA (Convenio de negociación colectiva). Comuníquese con su Empleador para determinar si reúne las condiciones para realizar aportaciones después de impuestos.
- Elijo **suspender** mis aportaciones en este momento.

AUTORIZACIÓN Y FIRMA DEL PARTICIPANTE

Sírvase firmar, fechar y remitir este formulario a:

CWA Savings and Retirement Trust
Attention: Trust Office
501 Third Street NW
Washington, DC 20001

O por fax al 1-202-783-2748

Por el presente autorizo a mi Empleador a efectuar las deducciones de nómina necesarias de mi compensación conforme a lo indicado en este formulario.

Firma del Participante _____ Fecha _____

Sírvase llamar a la Oficina Fiduciaria de CWA al (800) 987-0721 para que le contesten las preguntas que tenga sobre cómo llenar este formulario.

2 Firma de la Oficina Fiduciaria de CWA SRT

Firma de CWA SRT _____ Fecha _____