

401 Money Purchase Plan (Plan 401 de Adquisiciones)

Instrucciones para el uso del Formulario de Inscripción y de Cambio de Información personal.

Este formulario lo inscribe a usted en el plan 401 Money Purchase (Plan 401 de Adquisiciones) y le permite también que usted cambie su información una vez que usted sea miembro. Para que podamos procesar su inscripción y los cambios eficientemente, complete por favor este formulario exactamente como le sea posible. Someta el formulario completo a su Empleador para su firma. Después, mande el formulario a ICMA-RC. (Si usted manda el formulario por fax a ICMA-RC, hágalo antes la fecha de su primera contribución y no mande tampoco el original.)

Antes que usted complete este formulario, lea por favor la información incluida, de la manera que usted entienda las provisiones de su plan. Cambios futuros también se pueden hacer usando este formulario. Para transferir los balances de su cuenta use el servicio de teléfono de VantageLine (1-800-669-7400) o pagina Web VantageLink (www.icmarc.org).

Nota importante: por favor no demore en someter este formulario. Si nosotros no tenemos su formulario cuando recibamos su primera contribución, estaremos imposibilitados de invertir su contribución en el plan, y las contribuciones pueden ser devueltas a su empleador.

Usted recibirá una confirmación de su inscripción / cambios. Usted recibirá también una declaración financiera trimestral. Por favor revise estos documentos detenidamente. Si usted descubre una discrepancia, pónganse en contacto con los Servicios al Inversionista al 1-800-669-8216 inmediatamente. Todas las discrepancias se deben informar dentro de 30 días que siguen el fin del trimestre. Si por alguna razón no lo puede hacer, esto puede tener como resultado la incapacidad para ajustar su cuenta.

1. La Información del PARTICIPANTE

Complete por favor esta sección detenidamente. La información se usará para establecer su cuenta y usted recibirá las declaraciones financieras en la dirección indicada. El número del plan del empleador está disponible de su empleador o por los Servicios al Inversionista de ICMA-RC al llamar al 1-800-669-8216.

2. La DESIGNACIÓN del beneficiario

Use esta sección para denominar su beneficiario(s). Si no firma este formulario, la designación del beneficiario(s) no será válida. Si un formulario valido no es llenado, en el momento de su muerte, los beneficios serán pagados de acuerdo a las reglas del plan de su empleador. FAVOR TOME NOTA: Si un Número del seguro social no se proporciona y ICMA-RC no pueden localizar al beneficiario denominado, el saldo de cuenta será pagado a la propiedad estatal del participante.

Designación de beneficiario – participantes solteros

Su designación de beneficiario nos comunica quienes deben recibir el valor acumulado de su cuenta si usted muere antes de la distribución completa de su cuenta. Si ningún beneficiario primario vive más largo que usted, los beneficios serán pagados a su beneficiario contingente. Si ninguno de sus beneficiarios vive, el valor de su cuenta será pagado bajo las reglas del plan del empleador.

Designación de beneficiario – participantes casados

Su esposo(a) será el beneficiario (la beneficiaria) principal del 50 por ciento de su cuenta. Si lo desea puede nombrar a su esposo(a) como beneficiario(a) por el 100 por ciento. También puede declinar nombrarlo(a) beneficiario(a) de cualquier monto de su cuenta y puede nombrar a otra persona como beneficiario. Pero su esposo(a) deberá consentir al cambio.

El plan de su empleador podría requerir que su esposo(a) sea nombrado(a) beneficiario(a) de mas del 50 por ciento de su cuenta. Si es así, las reglas de declinación y consentimiento nombradas arriba continúan siendo aplicadas.

Si no esta seguro cual provisión le aplica, pónganse en contacto con su empleador o nuestros Representantes de Servicios al Inversionista.

Detalles completos sobre la habilidad de declinar este beneficio, incluyendo los formularios de declinación y consentimiento, son disponibles al llamar Representantes de Servicios al Inversionista al 1-800-669-8216.

(Continuado en la parte posterior)



ICMA RETIREMENT CORPORATION

The Public Sector Expert

777 North Capitol Street, NE
Washington, DC 20002-4240
1-800-669-7400

Para asistencia en Español llame al 1-800-669-8216
www.icmarc.org

3. La cantidad de Contribución

Esta Sección es usada sólo por su Empleador. En esta sección, usted proporciona sus instrucciones de contribución a su cuenta a su empleador. Si el plan de su empleador lo permite, proporcione el porcentaje o monto total que desea contribuir voluntariamente (contribuciones voluntarias no tienen diferimiento de impuestos). Tiene usted dos maneras de hacer contribuciones voluntarias. Puede contribuir un porcentaje de su salario. Muchas personas usan este método porque cuando su salario sube, también lo hacen sus contribuciones. También puede contribuir un monto fijo. Eso significa que su monto de contribución no cambia aunque su salario lo haga.

4. La asignación de Contribuciones Futuras

Usted debe proveernos con sus instrucciones de inversiones para la cuenta de su empleador y la suya. Para cada clase de cuenta, puede usted diseñar su propio portafolio con cualquier número de fondos. Leyes locales e estatales, o su empleador pueden imponer restricciones en las inversiones en estos fondos.

Usted puede colocar sus contribuciones en un fondo o en cualquier combinación de fondos con tal que usted use los porcentajes enteros (por ejemplo, 50 por ciento, no 33 1/3 por ciento) y los porcentajes totalizan 100 por ciento. No use las cantidades fijas de dólar. Vea por favor la publicación de la compañía VantageTrust Making Sound Investment Decisions: A Retirement Investment Guide para descripciones completas de los fondos.

5 & 6. Las Firmas Autorizadas

Una vez que usted haya completado este formulario, firmelo y somételo a su empleador para su aprobación. Mande la primera copia a ICMA-RC. Su empleador retendrá la segunda copia.

Note que firmando este formulario usted reconoce que usted concuerda con lo siguiente.

He recibido y leído la publicación de la Compañía VantageTrust Making Sound Investment Decisions: A Retirement Investment Guide y los prospectos apropiados. Entiendo que la compañía Retirement Corporation ha establecido procedimientos requeridos para transferencias de Internet y teléfono que incluye los números personales de identificación, grabando de instrucciones, y confirmaciones escritas. Si es permitido por mi empleador y en el caso que yo elija transferir fondos por el Internet o el teléfono, yo concuerdo que ni la compañía VantageTrust, la corporación de ICMA Retirement Corporation, ICMA-RC Services, LLC, ni Vantagepoint Agents, LLC, será responsable por cualquier pérdida, costo, o gasto por ejecutar cualquier instrucción del Internet o llamadas telefónicas creídas de ser genuinas y de acuerdo con los procedimientos requeridos.

Una firma autorizada no representa una obligación de usar la habilidad de transferencia telefónica disponible en VantageLine.

¡Bienvenidos a la compañía de ICMA Retirement Corporation!

401 MONEY PURCHASE PLAN EMPLOYEE ENROLLMENT/CHANGE FORM



ICMA RETIREMENT CORPORATION

- Use this form to Enroll or make Changes to your ICMA-RC 401 Plan.
- Read instructions on the back carefully before completing this form. Please print legibly in blue or black ink.
- **Return this form to your employer promptly. Your employer must provide the form to ICMA Retirement Corporation before the payroll date of your first deferral.**
- Note: It is important to review your next paystub to confirm your enrollment/change has been processed correctly.
- If making changes, complete Section 1 and then proceed to the appropriate section to make your changes. If new enrollment, all sections must be completed.

1

(check one) **NEW ENROLLMENT** **CHANGE**

Participant Information
Required-Information in this box must be completed to avoid processing and investment delays.

Employer Plan Number _____ Employer Plan Name _____ State _____ Social Security Number _____

Full Name of Participant _____ Sex M F

Mailing Address/Street: _____ Date of Birth _____
 City: _____ State: _____ Zip Code: _____
 Month _____ Day _____ Year _____

Daytime Phone Number _____

Check if new address

Personal Information

Job Title: _____ Home Phone Number _____ Date Employed/Rehired _____ Marital Status _____ Rehired? _____
 Area Code _____ Month _____ Day _____ Year _____ Married Single Check if yes

Check if change in this section

2

Beneficiary Designation
 If married, special rules apply. See instructions on reverse side.

Name	Relationship to you	Address	Social Security Number (if available)	% of benefit
Primary Beneficiaries:				
_____	_____	_____	_____	_____
Contingent Beneficiaries, if any:				
_____	_____	_____	_____	_____

Check if change in this section

3

Amount of Contributions
 (My instructions for my Employer)

I authorize my employer to deduct a voluntary contribution of _____% or \$ _____ from my pay each pay period.

My current annual salary is \$ _____.

For Employer Use: The employer will contribute _____% or \$ _____. The employee will contribute _____% or \$ _____.

Check if change in this section

4

Allocation of Contributions

Allocate your future contributions in percentages among the available fund choices. Allocation percentages must total 100 percent. If the allocation total does not add up to 100 percent then the remainder will be allocated to the PLUS Fund. If no selection is given, your contribution will be allocated to the default fund selected by your employer. Use whole percentages (e.g., 50 percent, not 33 1/3 percent). Do not use fixed dollar amounts.

Fill in the boxes at right with codes of the fund(s) you want to invest in. A list of funds and codes can be found on the *Investment Options* sheet.

State law, local law, or your employer may place restrictions on investment in these funds.

Check if change in this section

EMPLOYER ACCOUNT				EMPLOYEE ACCOUNT			
Code	Percent	Code	Percent	Code	Percent	Code	Percent
TOTAL = 100%				TOTAL = 100%			

SEE THE INVESTMENT OPTIONS SHEET FOR FUND CODES

5

Employee Signature

I acknowledge that I have read and agreed to the disclosure (see 5 & 6) on the back of this form.

Participant Signature _____ Date _____

6

Employer's Authorization

Authorized Employer Official's Signature _____ Date _____

Employer Plan Number _____