

CERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD POR DIFICULTADES

Revise esta Certificación de elegibilidad por dificultades económicas, ejecute y devuélvala al Patrocinador del plan junto con el Formulario de elección de distribución. Ambos deben ejecutarse antes de recibir la distribución por dificultades económicas.

I. INFORMACIÓN GENERAL

- Nombre del participante: _____
- Costo total del evento de dificultad (por ejemplo, costo total de la atención médica, costo total de los costos del funeral, monto total necesario para evitar la ejecución hipotecaria o el desalojo): _____
- Monto de distribución solicitado: _____

Como participante del Plan, por la presente solicito una distribución por dificultades económicas y confirmo que el motivo es [marque una y responda todas las preguntas correspondientes]:

II. RAZONES DE LAS DIFICULTADES

[] Pago de gastos médicos no reembolsados en los que se haya incurrido previamente o sea necesario para obtener atención médica para mí, mi cónyuge, mis hijos, mis otros dependientes o mi beneficiario principal según el plan.

1. ¿Quién incurrió en los gastos médicos? _____
2. ¿Cuál es la relación con el participante (propio, cónyuge, dependiente o beneficiario principal según el plan)? _____
3. ¿Cuál fue el propósito de la atención médica (no la condición real sino la categoría de gasto, por ejemplo, diagnóstico, tratamiento, prevención, transporte asociado, atención a largo plazo)?

4. ¿Cuál es el nombre y la dirección del proveedor de servicios? _____
5. ¿Qué monto de gastos médicos no estaba cubierto por el seguro? _____

[] **Compra de una residencia principal (excluidos los pagos de hipoteca).**

1. ¿Será esta la residencia principal del participante? _____
2. ¿Cuál es la dirección de la residencia? _____
3. ¿Cuál es el precio de compra de la residencia principal? _____
4. ¿Cuáles son los tipos de costos y gastos cubiertos (por ejemplo, pago inicial, costos de cierre y tarifas de título)? _____

5. ¿Cuál es el nombre y la dirección del prestamista? _____
6. ¿Cuál es la fecha del contrato de compra o venta? _____
7. ¿Cuál es la fecha prevista de cierre? _____

[] Pago de matrícula y tarifas educativas relacionadas, incluida la habitación y la comida durante los próximos 12 meses de educación postsecundaria para mí, mi cónyuge, mis hijos, mis otros dependientes o mi beneficiario principal según el plan.

1. ¿Para quién son los pagos educativos? _____
2. ¿Cuál es la relación con el participante? _____
3. ¿Cuál es el nombre y la dirección de la institución educativa? _____
4. ¿Cuáles son las categorías de pagos educativos involucrados (por ejemplo, matrícula posterior a la escuela secundaria, tarifas relacionadas, alojamiento y comida)? _____
5. ¿Cuál es el período cubierto por los pagos educativos (fechas de inicio / finalización de hasta 12 meses)? _____

[] Prevención de **juicio hipotecario o desalojo** de residencia primaria.

1. ¿Esta es la residencia principal del participante? _____
2. ¿Cuál es la dirección de la residencia? _____
3. ¿Cuál es el tipo de evento; juicio hipotecario o desalojo? _____
4. ¿Cuál es el nombre de la persona que emite el juicio hipotecario o aviso de desalojo? _____
5. ¿Cuál es la fecha de notificación de juicio hipotecario o desalojo? _____
6. ¿Cuál es la fecha límite de pago para evitar el juicio hipotecario o desalojo? _____

[] Pago de gastos de entierro o funeral de mi padre, cónyuge, hijo, mis otros dependientes o mi beneficiario principal fallecido según el plan.

1. ¿Cuál es el nombre del fallecido? _____
2. ¿Cuál es la relación del fallecido con el participante del plan? _____
3. ¿Cuál es la fecha de la muerte? _____
4. ¿Cuál es el nombre y la dirección del proveedor de servicios (por ejemplo, cementerio o funeraria)? _____

[] Pago de gastos para la reparación de daños a mi residencia principal que calificarían para una deducción por hecho fortuito bajo la Sección 165 del Código de Rentas Internas.

1. ¿Es esta la residencia principal del participante? _____
2. ¿Cuál es la causa de la pérdida por hecho fortuito (por ejemplo, incendio, inundación o tipo de daño relacionado con el clima), incluida la fecha de la pérdida? _____
3. ¿Cuáles son las reparaciones y su fecha? ¿Están en proceso o finalizadas? _____

[] Pago de gastos y pérdidas (incluida la pérdida de ingresos) incurridos por un desastre declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA).

1. ¿La dirección en cuestión está ubicada en el área del desastre? _____
2. ¿Cuál es la relación del participante con la ubicación (por ejemplo, casa, trabajo)? _____
3. Designación de desastre (como referencia, visite: <https://www.fema.gov/disasters>): _____

III. ACUERDO DE PARTICIPANTE

Entiendo que pueden aplicarse las siguientes circunstancias:

- El monto de la distribución no puede exceder la necesidad financiera inmediata, incluidos los montos necesarios para pagar impuestos o multas sobre la renta federales, estatales o locales que se prevean razonablemente como resultado de la distribución.
- Si no he cumplido 59½ años y el motivo de la dificultad no es el pago de ciertos gastos médicos deducibles de impuestos, esta distribución del Plan está sujeta a una penalización adicional del 10% por distribución prematura no deducible.
- Esta distribución estará sujeta a una retención automática del impuesto federal sobre la renta del 10% a menos que yo solicite lo contrario.
- No puedo transferir ninguna cantidad que recibí como dificultad a una IRA u otro plan calificado.
- Debo proporcionar cualquier información adicional que pueda requerir el administrador del plan.

- Si estoy casado, mi cónyuge debe dar su consentimiento para la distribución según lo dispuesto en el Formulario de elección de distribución, si así lo requiere el Plan.
- Como participante, acepto retener y proporcionar todos los documentos originales en cualquier momento a solicitud del empleador.
- Acepto que he obtenido todas las demás distribuciones actualmente disponibles, distintas de las distribuciones por dificultades económicas, bajo cualquier plan de compensación diferida, ya sea calificado o no, mantenido por mi empleador.
- Certifico que toda la información proporcionada es verdadera y precisa.

[] Por la presente declaro que no tengo efectivo u otros activos líquidos suficientes para satisfacer la necesidad financiera solicitada en la sección I.

Firma del participante

Fecha

IV. PLAN ADMINISTRATOR AUTHORIZATION

[] I reviewed the certification to confirm the participant completed all required questions (Section I and II) and certified the participant agreement (Section III).

Plan Administrator's Signature

Date