Patrono:	**Nombre del Plan:**	
Nombre, Inicial y Apellidos:		**# Seguro Social:**
Dirección Postal:		**Estado Civil:**
	Código Postal:	**Fecha de Empleo** Mes Día Año

Razón de la solicitud:

Es posible que de acuerdo a las disposiciones de su plan, usted pueda solicitar el desembolso, total o parcial, del balance en su cuenta sobre el cual tiene derecho. Estos desembolsos están limitados por ley y por el documento del plan (refiérase al Resumen Descriptivo del Plan para más información). Pueden además estar condicionados por guías establecidas por su patrono actuando como Administrador del Plan. Marque los encasillados correspondientes y acompañe la evidencia que el Administrador determine necesaria para aprobar esta solicitud.

[ ] **Extrema emergencia económica por concepto de**:

Tipo de Necesidad:	**Cantidad para satisfacer la necesidad**:
[ ] Compra de residencia principal	$
[ ] Gastos médicos no reembolsables por el plan médico	$
[ ] Matrícula Universitaria	$
[ ] Desahucio/Ejecución de residencia principal	$
[ ] Gastos fúnebres	$
[ ] Otras razones según determinado por el Administrador del Plan	$

[ ] **Otras razones (sólo permitidas para las siguientes aportaciones):**

[ ] Retiro de Aportaciones No Diferidas (“Aftex/Post Tax”) $

[ ] Retiro de la Cuenta de Transferencias de Otro Plan (“Rollover”) $

[ ] Si el plan lo permite, distribución al alcanzar los 59 ½ años de edad o al haber cumplido la edad de retiro $

[ ] Retiro al alcanzar los 70½ años de edad (seleccionar una opción) $

[ ] Pago Recurrente: Si el plan lo permite [ ] Anual [ ] Semianual [ ] Trimestral [ ] Mensual

Venta de los Fondos:

La venta de los fondos se hará proporcionalmente entre los fondos y fuentes de inversión disponibles al momento de procesada la distribución.

Advertencia:

El desembolso parcial de aportaciones de contribuciones diferidas por usted y/o su patrono al plan, podrían estar sujetas a una retención de impuestos de 10%. Los desembolsos de aportaciones de contribuciones diferidas por usted y/o su patrono al plan, en forma de pagos periódicos por concepto de separación de servicio podrían estar sujetos a una retención de impuestos de 10% en exceso de los límites aplicables por ley.

El fiduciario rendirá una Informativa 480.7c al Departamento de Hacienda, con copia a usted.

Certificación y Firma del Participante:

Certifico que esta información y mis representaciones son verídicas, que he agotado todos mis recursos financieros, incluso la opción de un préstamo sobre éste u otro plan que el patrono auspicie, y que estoy de acuerdo a suspender mis aportaciones al Plan por los próximos doce (12) meses.

Firma del Participante _____ Fecha (MM/DD/AA) _____

Consentimiento del Cónyuge:

Si la forma normal de distribución del plan es una anualidad mancomunada, el participante deberá obtener el consentimiento del cónyuge mediante firma frente a un representante autorizado del administrador del plan o un abogado notario.

Consiento a esta solicitud de desembolso por extrema emergencia económica solicitada por mi cónyuge participante por la cantidad aquí solicitada.

Núm. Affidavit:_____

_____
Firma del Cónyuge

Jurado y suscrito ante mi por _____, _____, _____, y

vecino de _____, _____, a quien doy fe de conocer personalmente, en _____, Puerto Rico

hoy _____de _____de 20___.

_____
Firma del Abogado

_____
Sello Notario

Administrador

El Administrador certifica que obtuvo la evidencia necesaria para determinar si esta solicitud cumple con todas las disposiciones del plan y con todos los reglamentos federales y estatales correspondientes. El Administrador autoriza al Banco Popular, como fiduciario, a desembolsar la cantidad solicitada mediante cheque a nombre del participante.

_____ _____ \ _____
Nombre del Administrador Firma del Administrador Fecha (/MM/DD/AA)