



# Designación del beneficiario por parte del jubilado

(Para usarse después de la jubilación)

## PROPÓSITO

Este formulario debe ser rellenado por un jubilado que ya se jubiló con:

- **una pensión individual (Single-Life Benefit)** si desea cambiar su designación de beneficiario.
- **una pensión doble (Dual-Life Benefit)** si su beneficiario ha fallecido. Al rellenar este formulario, usted designa al beneficiario que recibirá cualquier saldo que haya en su cuenta cuando usted fallece. Este saldo se pagará como un retiro de fondos. El beneficiario nunca tendría derecho a recibir un pago mensual de beneficios.

## PASOS PARA RELLENAR ESTE FORMULARIO

1. Rellene la sección SU INFORMACIÓN y certifique si tiene o no tiene cónyuge.
2. Designe a su beneficiario o beneficiarios en las secciones apropiadas. Si necesita ayuda o información sobre la designación de beneficiarios, consulte la página 2 de este formulario.
3. Si se requiere el consentimiento del cónyuge, rellene la sección CONSENTIMIENTO DEL CÓNYUGE de este formulario.
4. Firme y escriba la fecha al final del formulario.
5. Envíe el formulario por fax al (512) 328-8887, o por correo postal a:  
**TCDRS, Attn: Member Benefits, Barton Oaks Plaza IV, Ste. 500, 901 S. MoPac Expy, Austin, TX 78746.**

## CONSENTIMIENTO DEL CÓNYUGE

Se necesita el consentimiento del cónyuge si usted es casado y designa como su beneficiario primario a una persona que no sea su cónyuge. La sección CONSENTIMIENTO DEL CÓNYUGE debe ser firmada por su cónyuge.

El consentimiento del cónyuge no es necesario si aplica una de las siguientes excepciones en su caso (comúníquese a la oficina de TCDRS para preguntar por los requisitos adicionales de documentación).

- En la fecha de su jubilación, usted y su cónyuge habían estado casados por menos de un año.
- Su cónyuge no puede ser localizado.
- Su cónyuge fue declarado judicialmente incompetente.
- Un médico ha determinado que su cónyuge no es mentalmente capaz de manejar sus propios asuntos.
- Usted no ganó su servicio acreditable con TCDRS como empleado del condado o del distrito durante su matrimonio.

## INFORMACIÓN ADICIONAL

A menos que nos indique otra cosa en este formulario, sus beneficios se pagarán de partes iguales a los beneficiarios primarios sobrevivientes, o de partes iguales a los beneficiarios alternativos sobrevivientes si no hay beneficiarios primarios sobrevivientes. **Si desea indicar una distribución específica entre sus múltiples beneficiarios, debe indicarla como un porcentaje, no como una cantidad en dólares.**

Si tiene varias cuentas de jubilación por servicio anterior como empleado de diferentes condados o distritos, puede designar a diferentes beneficiarios de cada cuenta presentando formularios separados.

## RESTRICCIÓN SOBRE EL PODER LEGAL

Una persona que rellene este formulario en representación de otra como apoderado (con poder legal duradero) o como custodio, no puede designarse a sí mismo como beneficiario primario o alternativo.

## AVISO SOBRE EL SEGURO SOCIAL

El Servicio de Rentas Internas (Internal Revenue Service, IRS) y las leyes de Texas requieren que tengamos un número de seguro social para cada cuenta TCDRS. Los pagos de su cuenta, mediante el cierre de la cuenta o pagos de pensión, se informan al IRS. Su número de seguro social también se usa para verificar su identidad cuando hace cambios o solicita información sobre su cuenta.



# Designación del beneficiario por parte del jubilado

(Para usarse después de la jubilación)

## REGLAS VIGENTES PARA DETERMINAR EL BENEFICIARIO QUE RECIBIRÁ LOS BENEFICIOS DE TCDRS

El orden por omisión para determinar el beneficiario que recibirá los beneficios TCDRS al fallecimiento del jubilado, independientemente de los beneficios elegibles, es el siguiente:

1. El beneficiario primario válido designado por el jubilado; luego
2. Si no hay un beneficiario primario válido, el beneficiario alternativo válido; luego
3. Si no hay un beneficiario alternativo válido, el cónyuge del jubilado; luego
4. Si no hay un cónyuge, el patrimonio del jubilado.

## CUMPLIMENTACIÓN DE LAS SECCIONES DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

### Múltiples beneficiarios

- Usted puede designar a hasta tres beneficiarios primarios y tres alternativos en las secciones de designación de beneficiarios de este formulario. Para nombrar a más de tres beneficiarios primarios o alternativos, adjunte un formulario *Anexo para beneficiarios adicionales* (TCDRS-95S). Además, tenga en cuenta que designar a múltiples beneficiarios podría restringir las opciones de pago.
- A menos que nos indique otra cosa en este formulario, sus beneficios se pagarán de partes iguales a los beneficiarios primarios sobrevivientes, o de partes iguales a los beneficiarios alternativos sobrevivientes **si no hay beneficiarios primarios sobrevivientes**.

### El patrimonio como beneficiario

Si desea designar a su patrimonio, escriba **solo** la palabra **“Patrimonio”** en el espacio que se provee para el nombre del beneficiario primario o alternativo.

### Custodio

Si desea designar a un custodio para beneficiarios que sean menores de edad a su fallecimiento, haga lo siguiente:

- Proporcione el nombre completo y toda la información del hijo menor de edad en la sección de beneficiarios. Luego escriba el nombre completo y toda la información del custodio en la sección correspondiente al custodio.
- El custodio debe tener 21 años de edad o más.
- **Nota:** Cuando un beneficiario menor de edad cumple 18 años, la custodia de ese beneficiario se termina automáticamente, y todos los beneficios debidos se pagarán directamente al beneficiario.

### Instituciones benéficas

Si desea designar a una institución benéfica, anote el nombre de la institución (por ejemplo, Asociación Americana del Corazón (American Heart Association)).

### Fideicomiso

Si desea designar a un fideicomiso, escriba “Fideicomisario de (nombre del fideicomiso)”.  
*Asegúrese de tener un acuerdo legal de fideicomiso antes de designar a un fideicomiso en este formulario.*

### Efectos del divorcio

Si se divorcia de un beneficiario designado, la designación de ese beneficiario se revoca. Si desea que su ex cónyuge siga siendo su beneficiario, debe presentar un nuevo formulario de designación volviendo a nombrar a su ex cónyuge e indicando su nueva “relación” con usted.



# Designación del beneficiario por parte del jubilado

(Para usarse después de la jubilación)

## SU INFORMACIÓN

NOMBRE DEL EMPLEADOR*		NÚMERO DE CUENTA	
N.º SEGURO SOCIAL*	NOMBRE*	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO*
DIRECCIÓN POSTAL*	CIUDAD*	ESTADO*	CÓDIGO POSTAL*
FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)*	TELÉFONO DEL HOGAR	TELÉFONO (CELULAR)	
Por medio de la presente certifico que en estos momentos <input type="checkbox"/> tengo <input type="checkbox"/> no tengo cónyuge. Si marcó "tengo", rellene la sección "Consentimiento del cónyuge" que aparece abajo.		Si tiene más de una cuenta, indique a cual o a cuales cuentas aplica la designación de este beneficiario: <input type="checkbox"/> TODAS LAS CUENTAS o <input type="checkbox"/> CONDADO O DISTRITO ESPECÍFICO _____	

## BENEFICIARIO PRIMARIO

Un beneficiario primario es la primera persona que recibe su beneficio cuando usted fallece.

N.º SEGURO SOCIAL*	NOMBRE*	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO*	
FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)*	SEXO*	RELACIÓN CON USTED*		
	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			
N.º SEGURO SOCIAL*	NOMBRE*	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO*	
FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)*	SEXO*	RELACIÓN CON USTED*		
	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			
N.º SEGURO SOCIAL*	NOMBRE*	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO*	
FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)*	SEXO*	RELACIÓN CON USTED*		
	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			
<b>Custodio conforme a Texas Uniform Transfers to Minors Act (Ley Uniforme de Transferencias a Menores)</b> A ser nombrado para los beneficiarios primarios listados arriba que sean menores de 18 años a mi fallecimiento.				
N.º SEGURO SOCIAL	NOMBRE DE CUSTODIO (debe tener al menos 21 años)	RELACIÓN CON USTED	TELÉFONO DEL HOGAR	TELÉFONO (CELULAR)

## CONSENTIMIENTO DEL CÓNYUGE

Si es casado, se debe obtener el consentimiento de su cónyuge si no es su único beneficiario primario.

Certifico que soy cónyuge del miembro. Entiendo que tengo derecho a ser nombrado beneficiario único. Sin embargo, por medio de la presente consiento a la designación de beneficiario indicada en este formulario.

Firma del cónyuge	Nombre completo del cónyuge	Fecha (MM/DD/AAAA)*
X		

## SU CERTIFICACIÓN

Solo para esta cuenta, revoco todas las designaciones de beneficiario anteriores y solicito que cualquier beneficio de jubilación debido después de mi fallecimiento se pague al beneficiario o beneficiarios indicados en este formulario. Los pagos se harán en partes iguales, a menos que yo haya asignado un porcentaje específico (y no una cantidad en dólares) en este formulario.

Firma	Fecha (MM/DD/AAAA)*
X	

\* CAMPOS OBLIGATORIOS

**Usted debe verificar con sus iniciales cualquier corrección o texto borrado.**



# Designación del beneficiario por parte del jubilado

(Para usarse después de la jubilación)

## DESIGNACIÓN DE UN BENEFICIARIO ALTERNATIVO (OPCIONAL)

Un beneficiario alternativo recibe su beneficio solo si su beneficiario primario no es elegible.

N.º SEGURO SOCIAL*	NOMBRE*	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO*
FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)*	SEXO* <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	RELACIÓN CON USTED*	

N.º SEGURO SOCIAL*	NOMBRE*	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO*
FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)*	SEXO* <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	RELACIÓN CON USTED*	

N.º SEGURO SOCIAL*	NOMBRE*	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO*
FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)*	SEXO* <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	RELACIÓN CON USTED*	

### Custodio conforme a Texas Uniform Transfers to Minors Act (Ley Uniforme de Transferencias a Menores)

A ser nombrado para los beneficiarios alternativos listados arriba que sean menores de 18 años a mi fallecimiento.

N.º SEGURO SOCIAL	NOMBRE DE CUSTODIO (debe tener al menos 21 años)	RELACIÓN CON USTED	TELÉFONO DEL HOGAR	TELÉFONO (CELULAR)
-------------------	--	--------------------	--------------------	--------------------

\* CAMPOS OBLIGATORIOS

**Usted debe verificar con sus iniciales cualquier corrección o texto borrado.**