

Instrucciones para completar el Formulario de Apertura de la Cuenta

Una vez usted haya completado el formulario, envíelo por correo electrónico a FamilyTrust@Achieva.info o reenvíelo a:

Achieva Family Trust
ATTN: Legal Department
711 Bingham Street
Pittsburgh, PA 15203

La información proveída va a permanecer confidencial. Por favor complete cada sección. Note que algunas secciones no van a ser aplicables a usted y pueden permanecer en blanco. Si usted tiene algunas preguntas, por favor contacte al Fideicomiso Familiar Achieva al 412-995-5000, ext. 565 o FamilyTrust@Achieva.info.

- Parte I:**
- Provea la información completa sobre el Beneficiario.
 - **Si es Aplicable**, marque el tipo de ingresos que el beneficiario recibe.
 - Identifique el tipo de seguro social que el beneficiario tiene .
 - Registre la información acerca del **padre** y la **madre** del beneficiario. Usted **DEBE** proveer detalles de al menos uno de los padres del beneficiario si este es menor de edad. El **SSN** puede ser útil en el evento que la persona pueda ser elegible para SSD o beneficios basados en el historial del trabajo de los padres.
 - **Si es aplicable** registre el **Receptor del Pago, Poder del Abogado, o el Tutor Designado por la Corte**. Por favor incluya copias de los documentos relevantes para nuestro archivo.
 - **Si es Aplicable** , Identifique al **coordinador y otros servicios recibidos** por el beneficiario.
- Parte II:**
- Identifique al **Fideicomitente**, la persona o entidad que está creando el Fideicomiso. Por favor asegúrese de proveer el SSN del Fideicomitente.
 - Si el Fideicomitente ha fallecido, por favor provea el SSN de los descendientes o el EIN Estatal. Si el fideicomiso está financiado por un acuerdo educativo, provea la información de la escuela, para incluir su EIN. **Estos números son requeridos en orden para que el AFT pueda obtener un EIN para el Fideicomiso.**
 - **Si es Aplicable**, registre al **Co-Fideicomisario**. Si el fideicomiso no tiene uno por favor deje en blanco.
 - **Si es conocido**, provea el nombre y la dirección del **Abogado** quien lo asiste.
- Parte III:**
- Provea información sobre la **Cuenta del Fondo**.
 - Enumere el nombre y dirección del individuo(s) quien recibirá los informes de la **cuenta trimestralmente**. Estos pueden ser enviados a más de un individuo. Esta sección **debe** tener al menos una persona registrada.
 - Esta sección **debe** identificar el nombre y la dirección de un individuo quien recibirá la información de impuestos para la declaración tributaria personal del beneficiario. Este puede ser un preparador de impuestos, el beneficiario, o un miembro de la familia. Las transferencias dentro del Fideicomiso no son deducibles del impuesto. El Fideicomisario proporcionará las formas apropiadas para los impuestos federales y estatales de la base anual. Los Beneficiarios deben consultar con su propio asesor de impuestos para la elaboración de su declaración de impuestos personal.
 - **Si es aplicable** registre cualquier **Acuerdo Definitivo** prepago por el Beneficiario.

Cuidadosamente lea completamente la **Declaración de Divulgación**. Feche y firme el documento, envíe la forma al Fideicomiso Familiar Achieva con otros documentos relevantes, incluyendo Órdenes de la Corte/ Peticiones, Testamentos y contratos de anualidad, etc. Si el **Fideicomisario** es un Tutor adjudicado por la Corte, él o ella **debe** firmar por el Beneficiario.

***** El Fideicomiso Familiar Achieva enviará un paquete de bienvenida al Fideicomitente después de que el Fondo sea abierto. El paquete incluirá cartas para que el Beneficiario mande a la Administración de Seguridad Social y al Departamento de Servicios Humanos, así como unas formas adicionales e información que ayudará al Beneficiario. *****

Formato de Apertura de Cuenta del Fideicomiso Familiar Achieva
Tercera Persona y Amortización de Fondos

La siguiente información es requerida para abrir una nueva cuenta de fondos. Por favor complete las secciones que aplican con todos los detalles que usted pueda. Si es aplicable, anexe copias de documentos relevantes incluyendo Órdenes / Peticiones de la Corte, Testamentos, y contratos de anualidad, etc.

PARTE I - INFORMACIÓN SOBRE EL BENEFICIARIO

1. BENEFICIARIO

Nombre: _____

Dirección: _____

Condado de Residencia: _____

Enumere todos los estados en los que ha residido el beneficiario:

¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos? Sí No

Si no, país de ciudadanía: _____

Vive: Solo Con padres/ tutor

Grupo familiar (provea el nombre): _____

Otro: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Número de Seguridad Social: _____

Número Telefónico: _____

Dirección de Correo Electrónico: _____

Naturaleza de la Discapacidad y Diagnóstico: _____

Beneficiario (Continuación):

Sexo: Masculino Femenino

Estado Civil: Soltero(a) Casado (a) Divorciado (a) Viudo(a)

Raza: Blanca / Europeo Negra / Africana Amarilla/ Asiática

Isleño del Pacífico Nativo Norteamericano/ Nativo de Alaska

Etnicidad: No-Hispánico Hispánico

2. INGRESOS

Provea la información de todos los ingresos recibidos por el Beneficiario. Si conoce, por favor incluya el número de identificación bajo el cual los beneficios fueron recibidos y la cantidad.

SEGURIDAD SOCIAL

SSI Número de Identificación: _____ Cantidad Mensual: _____

SSDI Número de Identificación: _____ Cantidad Mensual: _____

Seguridad Social de Retiro

Número de Identificación: _____ Cantidad Mensual: _____

Seguridad social de los Sobrevivientes

Número de Identificación: _____ Cantidad Mensual: _____

OTROS INGRESOS

Administración de Veteranos: Cantidad Mensual: _____

Jubilados de los Ferrocarriles: Cantidad Mensual: _____

Beneficios del Pulmón Negro: Cantidad Mensual: _____

Asistencia Pública: Salarios: Cantidad Mensual: _____

Cantidad Mensual: _____

Empleado: _____

Pensión: Antiguo Empleador: _____ Cantidad Mensual: _____

Otros: Tipo de Ingreso: _____ Cantidad: _____

Tipo de Ingreso: _____ Cantidad: _____

6. Representante Beneficiario/ Poder de un Abogado/ Tutor Designado por la Corte

***Por favor provea el poder del abogado o la Orden de la Corte; si es aplicable. ***

Nombre: _____

Representante Beneficiario Agente bajo POA Guardián Designado por la corte

Relación con el Beneficiario: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Dirección del Correo Electrónico: _____

7. Coordinador

Ejemplos: Trabajador social, Soporte o Coordinador de Servicios, etc.

Nombre: _____

Agencia: _____

Dirección: _____

Número de Teléfono: _____

Dirección del Correo Electrónico: _____

8. Otros Servicios

Ejemplos: Servicios de Exención. OVR, etcetera

Tipo de Servicio: _____

Agencia y Nombre de Contacto: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Dirección del Correo Electrónico: _____

PART II - INFORMACIÓN DEL FIDEICOMISO

1. OTORGANTE / FIDEICOMISARIO

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de Teléfono: _____

SSN, EIN Estatal, o EIN Escolar: _____

***** Requerido con el fin de que el Fideicomiso Familiar Achieva obtenga un EIN para el fondo. *****

Dirección de correo electrónico: _____

2. CO-FIDEICOMISARIO

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de Teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

3. ABOGADO

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de Teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Número de Fax: _____

PART III - INFORMACIÓN REFERENTE A LA ADMINISTRACIÓN DEL FIDEICOMISO

1. FINANCIACIÓN DE LA CUENTA

Cantidad que va a ser recibida: _____

Fecha Aproximada del Financiamiento: _____

Origen de los Fondos: _____

Ejemplos: Declaración, Procesos de Litigio, Herencia, etcétera

***** Si el fondo recibe pagos anuales por favor provea una copia del contrato de anualidad, así como un nombre, dirección, y número telefónico de la persona de contacto y la frecuencia del pago. *****

2. DECLARACION

Por favor indique los nombres y las direcciones de los individuos (s) que recibirán la declaración trimestral. Las declaraciones trimestrales pueden ser enviadas a múltiples individuos.

3. INFORMACIÓN DE IMPUESTOS

Registre el nombre y la dirección del individuo que recibirá la información de impuestos, para llenar su declaración personal en favor del beneficiario. Solamente **una** persona puede recibir la información de impuestos.

4. ARREGLOS FINALES

Registre cualquier servicio prepago respecto a funeral y sepelio establecido por el beneficiario.

Divulgación del Estado de Cuenta

Yo he pedido al Fideicomiso Familiar Achieva que sirva como fideicomisario de fondos. Yo entiendo que esos fondos serán invertidos y yo reconozco:

1. Que el Fideicomiso Familiar Achieva invertirá estos fondos con otros fondos, pero serán considerados por ellos en una base individual.
2. Que estos fondos no son obligaciones o garantías por parte del Fideicomiso Familiar Achieva.
3. Que estos fondos no son depósitos asegurados por la Corporación Federal de Seguros de Depósito (CFSD), Federal Deposit Insurance Corporation (FDIC), y que están sujetos a riesgos de inversión, incluyendo posible pérdida del capital invertido.
4. Que el Fideicomiso Familiar Achieva decide invertir en lugares recomendados para fondos de fideicomiso y aquellas recomendaciones de inversión pueden cambiar en cualquier tiempo.
5. Que el valor del mercado de las inversiones puede fluctuar, y en caso de liquidación, su valor puede ser mayor o menor que el valor del mercado cuando fue depositado originalmente dentro de la cuenta del fideicomiso.
6. Que este ingreso, ganado y retenido en la cuenta de mi fondo, o recibido en distribuciones de la cuenta de mi fondo puede fluctuar a través del tiempo.
7. Que el rendimiento de las inversiones pasadas ya sean revisadas o consideradas por mi, es rendimiento antiguo únicamente, y no es una garantía para futuros resultados.
8. **Que yo he sido proveído de una copia con una Tarifa Programada del Fideicomiso Familiar Achieva.** Yo entiendo que los costos cargados por el fideicomisario pueden reducir el monto principal del fondo de mi cuenta.
9. Que estos fondos son gravables. El Fideicomiso Familiar Achieva archivará las declaraciones de renta fiduciarias para su fondo y podrá cargar la cuenta de mi fondo con algunos impuestos adeudados. El Fideicomiso Familiar Achieva podrá también mandar información de impuestos para incluir en mi declaración personal.
10. Que yo soy responsable de informar a mi oficina estatal Medicaid sobre el fondo.

Día: _____

Firma: _____

(Fideicomitente)

Día: _____

Firma: _____

(Beneficiario y/o Representante Legal)