



Calificación previa

Antes de incurrir en gastos, puede solicitar que la Junta determine previamente si usted califica. Envíe esta solicitud con una copia de los costos detallados y estimados. Si le conceden la aprobación previa, presente sus recibos después de recibir los servicios desglosados y la Junta le reembolsará el importe permitido.

Información del solicitante		
Nombre	Últimos 4 dígitos del número del Seguro Social (SSN)	
Dirección	Fecha de nacimiento	
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono	Correo electrónico	

Información demográfica (su respuesta a esta sección es opcional)

Al compartir la siguiente información, nos ayudará a determinar quién accede a los beneficios, asistencia y educación que la Junta de Pensiones brinda a los miembros del Plan de Beneficios de la Iglesia Presbiteriana (E.U.A). Visite pensions.org para obtener más información sobre cómo garantizamos su privacidad.

Etnia <small>(marque una opción)</small>	<input type="checkbox"/> Hispano o latino	<input type="checkbox"/> No hispano o latino	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
Raza <small>(marque una opción)</small>	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico
	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Amerindio o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Dos o más razas <input type="checkbox"/> Prefiero no responder
Identidad de género <small>(marque una opción)</small>	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Autodefinido _____
	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder		

Tipo de servicio

(marque una opción o ambas, según corresponda)

- Dental
 Audífonos

Historial de empleo con PC(USA) (Los cónyuges y cónyuges sobrevivientes usan el historial de empleo del miembro)

Solo se completa si tiene menos de 15 años en el Plan de Pensión de Beneficio Definido.

Empleador	Años de servicio
Empleador	Años de servicio
Empleador	Años de servicio
Empleador	Años de servicio
Empleador	Años de servicio

Complete este formulario y envíelo por correo electrónico a la Junta de Pensiones en memberservices@pensions.org.

¿Preguntas? Llame a la Junta al 800-773-7752 (800-PRESPLAN).



Elegibilidad para recibir la subvención

Para ser elegible para recibir esta subvención, debe ser mayor de 65 años, tener un ingreso bruto ajustado inferior a \$77,760 en 2023 y cumplir con ciertos criterios de cobertura médica y participación en el Plan de Beneficios.

- ESTOY inscrito en el Plan Suplementario de Medicare a través de la Junta de Pensiones.
- NO ESTOY inscrito en el Plan Suplementario de Medicare a través de la Junta de Pensiones, pero estoy inscrito en las Partes A y B de Medicare y en un Plan Suplementario de Medicare (Medigap) O en un plan Medicare Advantage.

Documentación requerida

Las solicitudes no se procesarán sin que se adjunte la siguiente información.

1. Una copia del Formulario 1040 de impuestos federales a la renta presentado más recientemente.
— Si no presenta una declaración porque sus ingresos están por debajo del mínimo del IRS, puede adjuntar una declaración de salario.
2. Una copia de los recibos por los servicios prestados a partir del 1 de julio de 2019 que incluya el monto total que se considerará para el reembolso a través de la subvención; O BIEN, si solicita la calificación previa, una copia de los costos estimados detallados.

SI NO ESTÁ INSCRITO en el Plan Suplementario de Medicare a través de la Junta también debe presentar lo siguiente:

1. una copia de sus tarjetas de las Partes A y B de Medicare, así como prueba de que está inscrito en un plan Medicare Advantage o un Plan Suplementario de Medicare (Medigap); y
2. una copia de la explicación de beneficios por los servicios prestados, si está disponible.

Autorización del solicitante

Confirmando que la información facilitada en esta solicitud es verdadera, correcta y completa a mi leal saber y entender. Entiendo que si me aprueban para recibir esta subvención, no seré elegible para otra subvención médica para jubilados durante tres años.

Firma del solicitante

Fecha (mm/dd/aaaa)

Complete este formulario y envíelo por correo electrónico a la Junta de Pensiones en memberservices@pensions.org.
¿Preguntas? Llame a la Junta al 800-773-7752 (800-PRESPLAN).



THE BOARD OF PENSIONS
OF THE PRESBYTERIAN CHURCH (U.S.A.)

Autorización para depósito directo

Complete el formulario de Autorización para depósito directo para autorizar el depósito electrónico de su pago de beneficios. La Junta de Pensiones debe recibir este formulario a más tardar el día 10 del mes para que sea efectivo el primer día del mes siguiente.

Su información personal	
Nombre (<i>primer, segundo, apellido</i>)	Últimos 4 dígitos del número del Seguro Social (SSN)

Información de la cuenta
Nombre de la institución financiera
Número de ruta (<i>9 dígitos</i>)
Número de su cuenta bancaria
Tipo de cuenta: <input type="checkbox"/> Cuenta corriente <input type="checkbox"/> Cuenta de ahorros

Autorización	
<p>En mi nombre, de mi representante legal y de mi albacea o administrador, autorizo el depósito electrónico del pago de mi beneficio o de la subvención del Programa de Asistencia a la cuenta mencionada anteriormente. Me comprometo a reembolsar a la Junta de Pensiones cualquier monto de beneficio acreditado erróneamente en mi cuenta, y autorizo a la Junta de Pensiones a compensar de mi cuenta o de cualquier beneficio de fallecimiento pagadero a mi patrimonio, sobrevivientes, beneficiarios designados o herederos legales cualquier monto erróneamente acreditado a mi cuenta en virtud de esta autorización. Este compromiso seguirá vigente luego de la terminación de la autorización de depósito directo.</p> <p>Esta autorización permanecerá vigente hasta que la Junta de Pensiones reciba una notificación por escrito de mi parte de su terminación en el plazo y la manera que brinde a la Junta de Pensiones y a la institución financiera mencionada anteriormente una oportunidad razonable para actuar en consecuencia.</p>	
Firma autorizada (<i>obligatorio</i>)	Fecha (<i>mm/dd/aaaa</i>)
Si es un representante legal quien completa este formulario, incluya los documentos justificativos, si no se presentaron previamente.	

Complete este formulario y envíelo por correo electrónico a la Junta de Pensiones en memberservices@pensions.org.
¿Preguntas? Llame a la Junta al 800-773-7752 (800-PRESPLAN).