



Del Cuerpo Ministerial de la Iglesia de Dios Pentecostal, M.I.
PO Box 21065, San Juan, Puerto Rico 00928-0352
Tel. (787)763-6363, (787)999-0340 / Fax (787)999-0352

Requisitos para Participar en el Plan de Retiro

- Completar Solicitud de Ingreso provista por el Plan.
- Certificación del Secretario Regional acreditativa de que el Solicitante es un miembro del Cuerpo Ministerial de la Región concernida.
- Ser miembro del Cuerpo Ministerial de la Iglesia de Dios Pentecostal, M.I. por un término de un (1) año en la jurisdicción de los Estados Unidos (P.R., Islas Vírgenes, Estados Unidos Continental).
- Una (1) foto 2 x 2
- Copia del Certificado de Nacimiento
- Copia de la Credencial
- Si es extranjero, someter Certificación de Residencia de E.U. o su equivalente, autorización para trabajar.
- Todo pago, transacción se hará de forma electrónica (favor llenar hoja adjunta)

La Junta de Directores evaluará y adjudicará sobre la aceptación o rechazo del solicitante.

Región de Puerto Rico:

De ser aprobada esta Solicitud de Ingreso, tendrá derecho sólo a los beneficios de retiro y el Fondo de Vida del Plan de Pensiones Ministerial, Inc. Para participar en el Fondo de Incapacidad debe completar una solicitud adicional y esta ser aprobada por la Junta de Directores.

Regiones de Estados Unidos:

De ser aprobada esta Solicitud de Ingreso, los participantes sólo recibirán el beneficio de retiro del Plan de Pensiones Ministerial, Inc.

PLAN DE PENSIONES MINISTERIAL, INC.
Del Cuerpo Ministerial de la Iglesia de Dios Pentecostal, M.I.
PO Box 21065, San Juan, P.R. 00928-1065
Tels. (787)763-6363, (787)999-0340 / Fax (787)999-0352

SOLICITUD DE INGRESO

Nombre: _____

Seguro Social: _____

Dirección Postal: _____

Dirección Residencial: _____

Tel. Residencia: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Fax: _____ E-mail: _____

Fecha de Nacimiento: Mes _____ Día _____ Año _____

Lugar Nacimiento: _____

Sexo: _____ Estado Civil: _____ Nombre Conyuge: _____

Nombre de la Madre: _____

Nombre del Padre: _____

Fecha Ingreso al Ministerio: _____

Iglesia que Pastorea: _____

Grado Ministerial: _____ Ingreso Mensual: _____

Región Eclesiástica: _____

Certifico que la información arriba suministrada es correcta y autorizo a la Junta de Directores del Plan de Pensiones Ministerial, Inc. a procesar mi ingreso al mismo, efectivo inmediatamente.

Fecha

Firma del Solicitante

*****Acuerdo de la Junta de Directores*****

En reunión celebrada por la Junta de Directores el _____ de _____ de 20____, se tomó la siguiente desición:

_____ Aprobada
_____ Denegada - Razón _____

Presidente

Secretario

PLAN DE PENSIONES MINISTERIAL, INC.
Del Cuerpo Ministerial de la Iglesia de Dios Pentecostal, M.I.
PO Box 21065, San Juan, Puerto Rico 00928-0352
Tel. (787)763-6363, (787)999-0340 / Fax (787)999-0352

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Fecha de esta designación: _____
Día Mes Año

Nombre: _____ Seg. Soc.: _____

Dirección: _____

Fecha Ingreso del Participante: _____
Día Mes Año

Por la presente designo beneficiarios para que le sean entregados en caso de muerte los beneficios por muerte de acuerdo con las disposiciones del Reglamento del Plan de Pensiones Ministerial, Inc. del Cuerpo Ministerial de la Iglesia de Dios Pentecostal, M.I., Región de Puerto Rico.

Nombre Beneficiario	Dirección	Parentesco	% Del Beneficio
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____

Por la presente dispongo que si alguno de los beneficiarios designados en este formulario no me sobreviviera y no hubiere yo designado otros beneficiarios, los beneficios por muerte, se entregarán a mis herederos de acuerdo con las leyes del Estado.

Firma: _____

TESTIGOS: Los abajo firmantes certificamos que este documento fue firmado por el participante en presencia nuestra.

Nombre

Dirección

Nombre

Dirección