

Cuestionario sobre pensión

(Pension questionnaire)



INFORMACIÓN DEL CLIENTE

1. Nombre del cliente:

2. Información de contacto:
 Número de teléfono:
 Correo electrónico:

3. Dirección del cliente:

Washington
 732 Broadway, Suite 201
 Tacoma, WA 98402
 Fax: 253.238.0003

Nevada
 3225 McLeod Drive
 Las Vegas, NV 89121
 Fax: 702.664.0549

800.706.4741
www.andersonadvisors.com

INFORMACIÓN DEL PATROCINADOR DEL PLAN

4. Nombre legal y dirección de la entidad patrocinadora del plan (la corporación / SRL, etc.)

Nombre de la entidad:	
Dirección:	
Ciudad:	Estado:
Condado:	Código postal:

5. Tipo de entidad: Corporación C Corporación S SRL / SLP Sin fines de lucro Propietario único:

6. Fecha de constitución: 7. Estado donde se constituyó:

8. Mes y día del fin del año fiscal: 9. EIN:

10. ¿Qué hace el patrocinador?: (Explique las actividades del negocio)

Bienes raíces Comercio Gestión Otro:

PROPIEDAD Y CONTROL DEL PATROCINADOR

11. Nombres de funcionarios y gerentes:	Posición:	% de propiedad
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

PROPIEDAD Y CONTROL DEL PATROCINADOR (continuación)

13. Nombre del fideicomisario del plan: (el(los) individuo(s) que estará a cargo de las inversiones, etc.) Si usted está casado y desea que usted y su cónyuge sean los fideicomisarios, introduzca ambos nombres en el siguiente recuadro)

14. Número de seguro social del fideicomisario: 15. Fecha de vigencia del plan:

16. Los planes están establecidos con 100% de adquisición de derechos y participación automática a los 18 años de edad.

• ¿Desea que la elegibilidad sea más estricta? Sí No

17. ¿Serán empleadas personas que no son familiares? Sí No

18. Número de empleados: Usted y cónyuge Otro Tiempo completo Medio tiempo TOTAL
 + [vs.] =

19. ¿Tiene o ha tenido la entidad patrocinadora otro plan de retiro? Sí No

20. Información de los empleados de la entidad patrocinadora:

Nombre	Sexo	Fecha de nacimiento	Fecha de contratación	Horas trabajadas
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

NEGOCIO SECUNDARIO

22. ¿Es alguno de los dueños propietario de más del 50% de otra entidad que tiene distintos dueños y/o empleados?

Sí No En caso afirmativo, complete la información de la siguiente página, de lo contrario PARE AQUÍ.

NEGOCIO SECUNDARIO (continuación)

23. En caso afirmativo:

- Tipo de entidad: Corporación C Corporación S SRL / SLP
- Sin fines de lucro Propietario único SC

• Participación de sus familiares en cada uno:

• ¿Tienen las entidades planes de retiro?: Sí No

• Número de empleados: Usted y cónyuge Otro Tiempo completo Medio tiempo TOTAL

+ [vs.] =

24. Complete la siguiente información sobre los empleados:
(Adjunte páginas adicionales de ser necesario)

Nombre	Sexo	Fecha de nacimiento	Fecha de contratación	Salario Anual	Horas trabajadas
<input style="width: 95%;" type="text"/>					
<input style="width: 95%;" type="text"/>					
<input style="width: 95%;" type="text"/>					
<input style="width: 95%;" type="text"/>					
<input style="width: 95%;" type="text"/>					
<input style="width: 95%;" type="text"/>					



!
Estimado cliente:

Por favor firme la siguiente declaración:

Al firmar este documento, autorizo a cualquier representante de Anderson Business Advisors, PLLC a obtener mi número de identificación de empleador y discutir mi cuenta en mi nombre.

Firma: _____

Nombre: _____

Fecha: _____

Solicitud de Número de Identificación de Empleador (EIN)

(Para ser usado por empleadores, corporaciones, asociaciones, fideicomisos, herencias, iglesias, agencias gubernamentales, entidades tribales indígenas, ciertos individuos y otros)

► **Vea las instrucciones por separado para cada línea** ► **Conserve una copia para sus archivos**

Escriba a máquina o con letra de molde

1 Nombre legal de la entidad (o persona física) por la que se solicita un EIN		
2 Nombre comercial de la entidad (si es distinto al del encasillado 1)		3 Nombre del albacea, administrador, síndico o persona a cargo
4a Dirección postal (apartado postal, apartamento o piso) Incluya calle y número		5a Dirección (si es diferente) (No puede ser una casilla postal)
4b Ciudad, estado y código postal (si es en el extranjero, vea las instrucciones)		5b Ciudad, estado y código postal (si es en el extranjero, vea las instrucciones)
6 Estado y condado donde está ubicado el negocio principal		
7a Nombre de la persona o parte responsable		7b Núm. de SS, ITIN, o EIN
8a ¿Es la solicitud para una sociedad de responsabilidad limitada (SRL) o para una entidad extranjera equivalente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		8b Si contesta "Sí" en la línea 8a, introduzca el número de miembros de la SRL ►
8c Si contesta "Sí" en la línea 8a, ¿fue organizada la SRL en los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
9a Tipo de entidad (marque sólo una) Precaución. Si contestó "Sí" en la línea 8a, vea las instrucciones para saber qué encasillado marcar.		
<input type="checkbox"/> Dueño único (número de SS) _____ <input type="checkbox"/> Sociedad colectiva <input type="checkbox"/> Corp. (anote el núm. del formulario que se registra) <input type="checkbox"/> Corp. de servicios personales <input type="checkbox"/> Iglesia u organización controlada por una iglesia <input type="checkbox"/> Otra organización sin fines de lucro (especifique) <input type="checkbox"/> Otro (especifique)		<input type="checkbox"/> Herencia (SS del difunto) _____ <input type="checkbox"/> Administrador de un plan (TIN) <input type="checkbox"/> Fideicomiso (TIN del otorgante) <input type="checkbox"/> Militar/guardia nacional <input type="checkbox"/> Gobierno estatal/municipal <input type="checkbox"/> Cooperativa agrícola <input type="checkbox"/> Gobierno federal <input type="checkbox"/> REMIC <input type="checkbox"/> Gobiernos o empresas tribales Número de grupo de exención (NEG) si lo hay
9b Si es una corporación, anote el estado o el país extranjero (si corresponde) donde se incorporó	Estado	País extranjero
10 Motivo por el cual hace la solicitud (marque sólo uno)		
<input type="checkbox"/> Nuevo negocio (especifique) _____ <input type="checkbox"/> Contrató empleados (marque aquí y vea la línea 13) <input type="checkbox"/> Conformidad con las reglas de retención del IRS <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____		
<input type="checkbox"/> Para propósitos bancarios (especifique) ► _____ <input type="checkbox"/> Cambió el tipo de organización (especifique) ► _____ <input type="checkbox"/> Compró un negocio establecido <input type="checkbox"/> Estableció un fideicomiso (especifique) ► _____ <input type="checkbox"/> Estableció un plan de pensiones (especifique) ► _____		
11 Fecha en que se estableció o adquirió el negocio (día, mes y año)		12 Mes en que se cierra el año contable
13 Número máximo de empleados que espera tener en los próximos 12 meses (anote -0- si no espera tenerlos)		14 Si espera que su contribución tributaria sobre el trabajo sea \$1,000 o menos en un año natural completo y desea registrar el formulario 944 anualmente en vez del formulario 941 trimestrialmente, marque este encasillado. (Generalmente su contribución tribuaria sobre el trabajo será \$1,000 o menos si la totalidad de los sueldos que espera pagar es \$4,000 o menos). Si no marca este encasillado, debe registrar el Formulario 941 cada trimestre. <input type="checkbox"/>
Si no espera tener empleados, ignore la línea 14. Agrícola Doméstico Otro		
15 Fecha en que por primera vez se pagaron los salarios o anualidades (día, mes y año). Nota: si el solicitante es un agente que hace retenciones, anote la fecha en que por primera vez se harán pagos a un extranjero no residente (día, mes y año). ►		
16 Marque un encasillado que mejor describa la actividad principal del negocio		
<input type="checkbox"/> Construcción <input type="checkbox"/> Alquiler y arrendamiento <input type="checkbox"/> Transportation & warehousing <input type="checkbox"/> Cuidado de la salud y asistencia social <input type="checkbox"/> Agente/corredor al por mayor <input type="checkbox"/> Bienes raíces <input type="checkbox"/> Manufactura <input type="checkbox"/> Finance & insurance <input type="checkbox"/> Alojamiento / servicios de alimentación <input type="checkbox"/> Otro al por mayor <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____ <input type="checkbox"/> Otro al por mayor <input type="checkbox"/> al detal		
17 Indique la clase principal de mercancía vendida, construcción hecha, productos elaborados o servicios provistos		
18 ¿Solicitó y recibió anteriormente la entidad solicitante indicada en la línea 1 un EIN? Si marcó "Sí", anote el EIN anterior aquí ► <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Tercero Autorizado	Complete este apartado sólo si desea autorizar a que la persona indicada reciba el EIN de la entidad y que aclare toda duda sobre la preparación de este formulario	
	Nombre del tercero autorizado	Núm. de teléfono del tercero (incluya código de área) ()
	Dirección y código postal	Núm. de fax del tercero (incluya código de área) ()
Bajo pena de perjurio, declaro haber examinado esta solicitud y que, a mi leal saber y entender, es verídica, correcta y completa. Nombre y cargo (escriba a máquina o con letra de molde) ►		Núm. de teléfono del solicitante (incluya código de área) ()
Firma ►		Núm. de fax del solicitante (incluya código de área) ()
Fecha ►		