

### Información importante sobre abrir una nueva cuenta:

- Antes de completar este formulario, lea cuidadosamente el **Folleto de divulgación del plan** y el **Acuerdo de participación**.
- Una persona elegible solo puede tener una cuenta ABLE abierta en cualquier momento.
- Complete todas las secciones de este formulario para abrir una nueva cuenta de Oregon ABLE Savings Plan. Si desea reabrir una antigua cuenta ABLE de Oregon, debe utilizar el **Formulario de reapertura de cuenta**.
- Necesitará hacer una contribución inicial de al menos \$25 para empezar.
- Si conecta una cuenta bancaria a la cuenta ABLE, el nombre del beneficiario o del representante legal autorizado debe estar asociado a la cuenta bancaria.
- Escriba claramente con letra de molde en tinta negra y no engrape las páginas o el cheque.
- Consulte el Folleto de divulgación del plan para conocer el límite anual de contribución estándar actual.
- Si está haciendo una contribución ABLE to Work, puede contribuir una cantidad igual al límite actual de contribución ABLE to Work (consulte el Folleto de divulgación del plan para conocer los límites actuales), además del límite anual de contribución estándar actual.

### ¿Necesita ayuda?

Comuníquese con nosotros de lunes a viernes de 9 a. m. a 5 p. m., hora del Pacífico, llamando al **1-844-999-2253**

Las personas con discapacidades auditivas o del habla pueden marcar al 711 para acceder al Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones (Telecommunications Relay Service (TRS, por sus siglas en inglés)) desde un teléfono o TTY.

### Envíe el formulario por correo a:

Oregon ABLE Savings Plan  
P.O. Box 534430  
Pittsburgh, PA 15253- 4430

### Correo urgente:

Oregon ABLE Savings Plan  
Attention: 534430  
500 Ross Street, 154-0520  
Pittsburgh, PA 15262

### Fax:

833-286-8167

### ¿Desea inscribirse más rápido?

Ingresa a

[www.OregonABLESavings.com](http://www.OregonABLESavings.com)

### 1 ¿Se trata de una reinversión desde otro plan ABLE?

- Sí (Llene también uno de los **Formularios de reinversión** aplicables además de este formulario. Encontrará los formularios ingresando a [www.OregonABLESavings.com/forms](http://www.OregonABLESavings.com/forms).)
- No

continuación de la página 1

## 2 Información del beneficiario

Nombre (primer nombre y apellido)

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento  
(mm/dd/aaaa)

Número de Seguro Social o  
Número de Identificación Personal del Contribuyente

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

¿Cómo se identifica el beneficiario?  Como ella  Como él  Prefiere no identificar

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Número de teléfono

Dirección de residencia

No se aceptan apartados postales para una dirección residencial.

Dirección física 1

Dirección física 2

Ciudad

Estado

Código postal

¿Se autoidentifica el beneficiario como veterano?  Sí  No

¿Es usted un representante legal autorizado? Si es así, complete el paso 3.  
Si no es así, omita el paso 3 y continúe con el paso 4.

**3 Información sobre el representante legal autorizado, si procede**

---

**Nombre** (primer nombre y apellido)

**¿Relación con el beneficiario?** (Por favor, elija una opción)

Certifico bajo pena de perjurio que, en relación con el beneficiario, yo soy:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> Mandatario<br>Poseo un poder notarial para abrir y gestionar una cuenta ABLE para el beneficiario.                       | <input type="radio"/> Padre<br>Tengo autoridad para abrir y gestionar una cuenta ABLE para el beneficiario.                      |
| <input type="radio"/> Tutor legal<br>El beneficiario no tiene un poder notarial correspondiente a esta cuenta ABLE, y yo soy su tutor legal.   | <input type="radio"/> Hermano(a)<br>Tengo autoridad para abrir y gestionar una cuenta ABLE para el beneficiario.                 |
| <input type="radio"/> Curador<br>El beneficiario no tiene un poder notarial correspondiente a esta cuenta ABLE, y yo he sido nombrado curador. | <input type="radio"/> Abuelo(a)<br>Tengo autoridad para abrir y gestionar una cuenta ABLE para el beneficiario.                  |
| <input type="radio"/> Cónyuge<br>Tengo autoridad para abrir y gestionar una cuenta ABLE para el beneficiario.                                  | <input type="radio"/> Beneficiario representante<br>Tengo autoridad para abrir y gestionar una cuenta ABLE para el beneficiario. |

continuación de la página 3

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento** (mm/dd/aaaa)

\_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Número de Seguro Social o Número de Identificación Personal del Contribuyente**

\_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Número de teléfono**

**Dirección de residencia**

No se aceptan apartados postales para una dirección residencial.

**La dirección de residencia es la misma que la del beneficiario**  
(Deje la información de la dirección en blanco)

\_\_\_\_\_  
**Dirección física 1**

\_\_\_\_\_  
**Dirección física 2**

\_\_\_\_\_  
**Ciudad**

\_\_\_\_\_  
**Estado**

\_\_\_\_\_  
**Código postal**

**¿Desea una forma más fácil de inscribirse?**

Ingrese a [www.OregonABLESavings.com](http://www.OregonABLESavings.com) y use su correo electrónico para crear una cuenta.

**4 Preferencias de comunicación****Dirección postal**

Se aceptan apartados postales como dirección postal.

- Utilizar la dirección de residencia del beneficiario como dirección postal**  
(Deje la información de la dirección en blanco)
- Utilizar la dirección de residencia del representante legal autorizado como dirección postal**  
(Deje la información de la dirección en blanco)

---

**Dirección física 1**

---

**Dirección física 2**

---

**Ciudad**

---

**Estado**

---

**Código postal****Elija cómo quiere recibir los estados de cuenta y los formularios de impuestos**

(Por favor, elija una opción)

- Enviar por correo los formularios de impuestos digitales, la información de la cuenta y los estados trimestrales  
(A continuación responda el **Paso 4A**)
- Enviar los estados trimestrales digitales y la información de la cuenta por correo electrónico, pero enviar los formularios de impuestos por el correo postal de los Estados Unidos\*  
(A continuación responda el **Paso 4A**)
- Enviar los estados trimestrales, la información de la cuenta y los formularios de impuestos por el correo postal de los Estados Unidos\*  
(Se le cargará \$10 anualmente por cada cuenta)

**A****¿Qué correo electrónico debemos usar?**

Responda si ha elegido recibir los documentos por correo electrónico

---

**Correo electrónico**

\* Todos los documentos enviados por el correo postal de los Estados Unidos se enviarán a la dirección postal de la cuenta.

## 5 Información sobre el diagnóstico

Esta información es necesaria para confirmar la elegibilidad del beneficiario para el plan ABLE.

¿Qué opción se aplica al beneficiario? (Por favor, elija una opción)

Certifico bajo pena de perjurio que:

- Durante el año en curso, el beneficiario tiene derecho a los beneficios del Seguro por Incapacidad del Seguro Social (Social Security Disability (SSDI, por sus siglas en inglés)) a razón de ceguera o discapacidad en virtud del título II de la Ley del Seguro Social
- Durante el año en curso, el beneficiario tiene derecho a los beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income (SSI, por sus siglas en inglés)) a razón de ceguera o discapacidad en virtud del título XVI de la Ley del Seguro Social
- El beneficiario
- padece un impedimento médicamente determinable como físico o mental que provoca una limitación funcional marcada y grave\*, y que puede provocar la muerte o que ha durado o puede durar un periodo continuo no inferior a 12 meses; o es una persona ciega†
- Y
- dispone de un diagnóstico firmado (consulte nuestro **Formulario para médicos**) de un médico con licencia‡ sobre la condición descrita en el apartado (a)

El Plan no le exige que presente documentación relacionada con la discapacidad, pero el Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service (IRS, por sus siglas en inglés)) o la Administración del Seguro Social se reservan el derecho a solicitar esta documentación y, por lo tanto, debe conservar la prueba en sus registros personales.

\* Entiendo que "limitación funcional marcada y grave" significa una limitación funcional que alcanza, es médicamente igual o funcionalmente igual a la gravedad de cualquier impedimento del listado del apéndice 1, subparte P, parte 404, título 20 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations (CFR, por sus siglas en inglés)) (el "Listado"), pero sin tener en cuenta la edad. El Listado puede consultarse ingresando a <https://www.ecfr.gov/current/title-20/chapter-III/part-404/subpart-P?toc=1>. Entiendo además que el nivel de gravedad se determina teniendo en cuenta el efecto del tratamiento prescrito del beneficiario.

† Entiendo que, a efectos de elegibilidad para una cuenta ABLE, "persona ciega" significa que el beneficiario tiene una agudeza visual central de 20/200 o inferior en el ojo de mejor visión con el uso de un lente corrector. Se considera que un ojo que presenta una limitación de los campos visuales (de modo que el diámetro más amplio del campo visual forma un ángulo no superior a 20 grados) tiene una agudeza visual central igual o inferior a 20/200.

‡ Debe ser doctor en medicina (Medicine Doctor (MD, por sus siglas en inglés)) o doctor en osteopatía (Doctor of osteopathy (DO, por sus siglas en inglés)) legalmente autorizado para ejercer la medicina y la cirugía por el estado en el que realiza el diagnóstico. El listado completo del IRS de las fuentes médicas aceptadas puede consultarse ingresando a [https://www.ecfr.gov/current/title-20/chapter-iii/part-404/subpart-P#p-404.1502\(a\)](https://www.ecfr.gov/current/title-20/chapter-iii/part-404/subpart-P#p-404.1502(a)).

continuación de la página 6

**Código de diagnóstico** (Por favor, elija una opción)

- Código 1: trastorno del desarrollo  
Trastorno del espectro autista, síndrome de Asperger, retrasos en el desarrollo y trastornos del neurodesarrollo.
- Código 2: discapacidad intelectual  
Discapacidad intelectual leve, moderada o grave.
- Código 3: trastorno psiquiátrico  
Esquizofrenia, trastorno depresivo mayor, trastorno de estrés postraumático (Post-traumatic stress disorder (PTSD, por sus siglas en inglés)), anorexia nerviosa, trastorno por déficit de atención con hiperactividad (Attention deficit/Hyperactivity disorder (AD/HD, por sus siglas en inglés)) y trastorno bipolar.
- Código 4: trastorno nervioso  
Ceguera, sordera, parálisis cerebral, distrofia muscular, espina bífida, enfermedad de Huntington juvenil, esclerosis múltiple, hipoacusia neurosensorial severa y cataratas congénitas.
- Código 5: anomalías congénitas  
Anomalías cromosómicas: síndrome de Down, osteogénesis imperfecta, xeroderma pigmentoso, atrofia muscular espinal, síndrome del cromosoma X frágil y síndrome de Edwards.
- Código 6: trastorno respiratorio  
Fibrosis quística.
- Código 7: otro  
Todo lo que no figure en los códigos 1 al 6 y tetralogía de Fallot, síndrome del corazón izquierdo hipoplásico, enfermedad hepática terminal, artritis reumatoide de inicio juvenil, anemia falciforme y hemofilia.

¿Esta discapacidad es permanente\*?  Sí  No

Certifico bajo pena de perjurio que:

- El beneficiario desarrolló la discapacidad o ceguera antes de los 26 años
- El beneficiario no tiene otra cuenta ABLE
- Notificaré al Plan cualquier cambio en la permanencia de la discapacidad o ceguera del beneficiario (incluida cualquier posible cura para dicha discapacidad o ceguera) con prontitud ante tal eventualidad

\* Por "permanente/permanencia" se entiende una discapacidad que "se puede esperar que provoque la muerte o que ha durado o se puede esperar que dure un periodo continuo no inferior a 12 meses", tal y como se establece en la sección 529A del Código de Impuestos Internos.

## 6 Información de trabajo

Proporcionar información sobre el empleo nos ayudará a entender como se está financiando la cuenta.

¿Cuál es la situación laboral del beneficiario o del representante legal autorizado? (Por favor, elija una opción)

- Empleado    
  Trabajador por cuenta propia    
  Jubilado o no está trabajando



### A ¿Cuál es su profesión? (Por favor, elija una opción)

Responda si es **empleado** o **trabajador por cuenta propia**:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Contabilidad/Auditoría   | <input type="radio"/> Profesional de atención médica          |
| <input type="radio"/> Administración/de oficina  | <input type="radio"/> Industria hotelera/alimenticia          |
| <input type="radio"/> Vendedor de arte/antigüedades  | <input type="radio"/> Inversionista independiente             |
| <input type="radio"/> Profesional bancario   | <input type="radio"/> Tecnología de la información            |
| <input type="radio"/> Vendedor de carros/botes/aviones   | <input type="radio"/> Seguros                                 |
| <input type="radio"/> Casino/juegos  | <input type="radio"/> Servicios legales                       |
| <input type="radio"/> Construcción/oficio especializado  | <input type="radio"/> Manufactura/Producción                  |
| <input type="radio"/> Creativo/diseño/Arquitectura   | <input type="radio"/> Ejecutivo sin fines lucrativos          |
| <input type="radio"/> Defensa/Militar  | <input type="radio"/> Operaciones                             |
| <input type="radio"/> Editorial/Redacción/Publicación  | <input type="radio"/> Otro:                                   |
| <input type="radio"/> Educación  | _____   |
| <input type="radio"/> Funcionario electo/Embajada  | (Por favor, escriba su profesión)                             |
| <input type="radio"/> Ingeniería/Ciencia/Investigación y desarrollo (Research and Development (R&D, por sus siglas en inglés)) | <input type="radio"/> Servicio público                        |
| <input type="radio"/> Entretenimiento/Deportes/Artes   | <input type="radio"/> Venta al por menor/Ventas/Bienes raíces |
| <input type="radio"/> Servicios financieros  | <input type="radio"/> Estudiante                              |
|  | <input type="radio"/> Transporte/Almacenamiento               |

### B Seleccione todas sus fuentes de ingreso (Marque todas las que correspondan)

Responda si está **jubilado** o **no está trabajando**:

- Ahorros de jubilación  
 Manutención del cónyuge  
 Seguro social o pensión  
 Otros servicios gubernamentales  
 Otro:

\_\_\_\_\_  
(Por favor, escriba todas las demás fuentes)



**7 Información sobre el beneficiario designado como**

Esta información es necesaria para confirmar que el beneficiario designado como sucesor es elegible para esta cuenta ABLE. El beneficiario designado como sucesor es elegible para heredar la cuenta si el beneficiario fallece o queda incapacitado. Por ley, el beneficiario designado como sucesor de una cuenta debe ser hermano, hermanastro o medio hermano del beneficiario designado, y además debe tener una discapacidad que reúna los requisitos.

Nombre del beneficiario designado como sucesor (primer nombre y apellido)

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
Número de Seguro Social o  
Número de Identificación Personal del Contribuyente

Dirección física 1

Dirección física 2

Ciudad

Estado

Código postal

¿Qué opción se aplica al beneficiario designado como sucesor? (Por favor, elija una opción)  
Certifico bajo pena de perjurio que:

- Durante el año en curso, el beneficiario designado como sucesor tiene derecho a los beneficios del Seguro por Incapacidad del Seguro Social (SSDI, por sus siglas en inglés) a razón de ceguera o discapacidad en virtud del título II de la Ley del Seguro Social
- Durante el año en curso, el beneficiario designado como sucesor tiene derecho a los beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés) a razón de ceguera o discapacidad en virtud del título XVI de la Ley del Seguro Social
- El beneficiario designado como sucesor
- padece un impedimento médicamente determinable como físico o mental que provoca una limitación funcional marcada y grave\*, y que puede provocar la muerte o que ha durado o puede durar un periodo continuo no inferior a 12 meses; o es una persona ciega<sup>†</sup>
- Y
- dispone de un diagnóstico firmado (consulte nuestro Formulario para médicos) de un médico con licencia<sup>‡</sup> sobre la condición descrita en el apartado (a)

El Plan no le exige que presente documentación relacionada con la discapacidad, pero el Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) o la Administración del Seguro Social se reservan el derecho a solicitar esta documentación y, por lo tanto, debe conservar la prueba en sus registros personales.

\* Entiendo que "limitación funcional marcada y grave" significa una limitación funcional que alcanza, es médicamente igual o funcionalmente igual a la gravedad de cualquier impedimento del listado del apéndice 1, subparte P, parte 404, título 20 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations (CFR, por sus siglas en inglés)) (el "Listado"), pero sin tener en cuenta la edad. El Listado puede consultarse ingresando a <https://www.ecfr.gov/current/title-20/chapter-III/part-404/subpart-P?toc=1>. Entiendo además que el nivel de gravedad se determina teniendo en cuenta el efecto del tratamiento prescrito del beneficiario.

† Entiendo que, a efectos de elegibilidad para una cuenta ABLE, "persona ciega" significa que el beneficiario tiene una agudeza visual central de 20/200 o inferior en el ojo de mejor visión con el uso de un lente corrector. Se considera que un ojo que presenta una limitación de los campos visuales (de modo que el diámetro más amplio del campo visual forma un ángulo no superior a 20 grados) tiene una agudeza visual central igual o inferior a 20/200.

‡ Debe ser doctor en medicina (MD, por sus siglas en inglés) o doctor en osteopatía (DO, por sus siglas en inglés) legalmente autorizado para ejercer la medicina y la cirugía por el estado en el que realiza el diagnóstico. El listado completo del IRS de las fuentes médicas aceptadas puede consultarse ingresando a [https://www.ecfr.gov/current/title-20/chapter-iii/part-404/subpart-P#p-404.1502\(a\)](https://www.ecfr.gov/current/title-20/chapter-iii/part-404/subpart-P#p-404.1502(a)).

continuación de la página 11

**Código de diagnóstico** (Por favor, elija una opción)

- Código 1: trastorno del desarrollo  
Trastorno del espectro autista, síndrome de Asperger, retrasos en el desarrollo y discapacidades de aprendizaje.
- Código 2: discapacidad intelectual  
Discapacidad intelectual leve, moderada o grave.
- Código 3: trastorno psiquiátrico  
Esquizofrenia, trastorno depresivo mayor, trastorno de estrés postraumático (PTSD, por sus siglas en inglés), anorexia nerviosa, trastorno por déficit de atención con hiperactividad (AD/HD, por sus siglas en inglés) y trastorno bipolar.
- Código 4: trastorno nervioso  
Ceguera, sordera, parálisis cerebral, distrofia muscular, espina bífida, enfermedad de Huntington juvenil, esclerosis múltiple, hipoacusia neurosensorial severa y cataratas congénitas.
- Código 5: anomalías congénitas  
Anomalías cromosómicas: síndrome de Down, osteogénesis imperfecta, xeroderma pigmentoso, atrofia muscular espinal, síndrome del cromosoma X frágil y síndrome de Edwards.
- Código 6: trastorno respiratorio  
Fibrosis quística.
- Código 7: otro  
Todo lo que no figure en los códigos 1 al 6 y tetralogía de Fallot, síndrome del corazón izquierdo hipoplásico, enfermedad hepática terminal, artritis reumatoide de inicio juvenil, anemia falciforme y hemofilia.

¿Esta discapacidad es permanente\*?  Sí  No

**Certifico bajo pena de perjurio que:**

- El beneficiario designado como sucesor desarrolló la discapacidad o ceguera antes de los 26 años
- Notificaré al Plan cualquier cambio en la permanencia de la discapacidad o ceguera del beneficiario designado como sucesor (incluida cualquier posible cura para dicha discapacidad o ceguera) con prontitud ante tal eventualidad
- El beneficiario designado como sucesor es un hermano, hermanastro o medio hermano del beneficiario designado

Fecha de certificación      \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
(mm/dd/aaaa)

\* Por "permanente/permanencia" se entiende una discapacidad que "se puede esperar que provoque la muerte o que ha durado o se puede esperar que dure un periodo continuo no inferior a 12 meses", tal y como se establece en la sección 529A del Código de Impuestos Internos.

## 8 Seleccione una opción de inversión

Hay cuatro opciones de inversión para elegir. Invertir implica riesgos. Su decisión debe basarse en sus objetivos y plazos para esta cuenta ABLE. El resto lo determina el comportamiento del mercado.

**Para conocer en profundidad cada una de las opciones de inversión, consulte el Folleto de divulgación del plan.**

**¿Cómo desea invertir?** (Por favor, elija al menos una)

ABLE Conservadora

Una opción diversificada prediseñada con una mezcla de acciones y bonos para un perfil de riesgo más conservador.

\$ \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_  
**Cantidad**

ABLE Moderada

Una opción diversificada prediseñada con una mezcla de acciones y bonos para un perfil de riesgo más moderado.

\$ \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_  
**Cantidad**

ABLE Agresiva

Una opción diversificada prediseñada con una mezcla de acciones y bonos para un perfil de riesgo más agresivo.

\$ \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_  
**Cantidad**

Opción de efectivo

Este fondo ofrece la protección del seguro de la Corporación Federal de Seguro de Depósitos (Federal Deposit Insurance Corporation (FDIC, por sus siglas en inglés)) para las cantidades contribuidas a la opción de efectivo, hasta los límites permitidos por la FDIC.

\$ \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_  
**Cantidad**

\$ \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_  
**Cantidad total de la contribución**

### Código promocional

Si tiene un código promocional, ingréselo aquí. \_\_\_\_\_

La información de inversión en esta página ha sido proporcionada por Sellwood Consulting, el asesor de inversiones del Oregon ABLE Savings Plan.

## 9 Información de la cuenta bancaria

Si decide hacer depósitos regulares y retiros con una transferencia bancaria ACH, adjunte un cheque anulado o una copia de un estado de cuenta bancario que muestre el nombre, la dirección, los últimos 4 dígitos del número de cuenta del banco y complete la información bancaria a continuación. (Por favor, use un clip para el cheque, no lo engrape).

Tipo de cuenta bancaria

Corriente

Ahorros

### Nombre en la cuenta bancaria

Es necesario que el nombre y apellido que aparecen en la cuenta bancaria coincidan con los del beneficiario o el representante legal autorizado.

Nombre del banco

Número de ruta del banco

Número de cuenta bancaria

### ¿Necesita ayuda?

Puede encontrar su información bancaria en la parte inferior de uno de sus cheques aquí:

⑆000000000	⑈	0000000000	⑈ 1000
Número de Ruta		Número de Cuenta	

## 10 Información de la contribución inicial

Debe añadir al menos \$25 para abrir una cuenta. Las contribuciones deben ser realizadas por el beneficiario o el representante legal autorizado.

La cantidad se descontará de la cuenta bancaria que ha indicado en el **paso 9**. Haga caso omiso si incluye un cheque a nombre de Oregon ABLE Savings Plan.

¿Qué tipo de contribución está realizando? (Por favor, elija una opción)

Contribución estándar

Consulte el Folleto de divulgación del plan para conocer el límite anual de contribución estándar actual.

Contribución ABLE to Work

Si el beneficiario tiene un salario, puede contribuir con una cantidad igual al límite de contribuciones de ABLE to Work (consulte el Folleto de divulgación del plan para conocer los límites actuales), además del límite anual de contribución estándar actual\*.

\* Si el beneficiario o su empleador están contribuyendo a un plan de contribuciones definidas (401K), un plan de anualidades (403(b)) o un plan de compensación diferida (457(b)) este año calendario, el beneficiario no es elegible para realizar contribuciones ABLE to Work.

**11 Información sobre la contribución mensual, si aplica**

**Omita este paso si no desea establecer una contribución mensual en este momento. Puede establecer contribuciones mensuales en línea en el futuro.**

Al establecer una contribución mensual, nos autorizará a iniciar débitos ACH recurrentes (retiros directos) de su cuenta bancaria el día que usted indique de cada mes por la cantidad que usted establezca. Puede cancelar o modificar estos débitos ACH recurrentes (retiros directos) en línea o completando el **Formulario de gestión de contribuciones mensuales**; no obstante, debemos recibir su solicitud al menos 3 días hábiles antes de que desee que se haga efectiva. Seguiremos procesando las transacciones programadas a realizarse antes de que finalice el tercer día hábil después de que nos indique la cancelación.

ABLE Conservadora \$ \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_  
Cantidad

ABLE Moderada \$ \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_  
Cantidad

ABLE Agresiva \$ \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_  
Cantidad

Opción de efectivo \$ \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_  
Cantidad

\$ \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_  
**Cantidad total de la contribución**

\_\_\_\_ \_  
**Día de retiro** (1 al 28)

Si no elige una fecha, lo haremos automáticamente el primer día de cada mes.

**¿Qué tipo de contribución está realizando?** (Por favor, elija una opción)

- Contribución estándar  
Consulte el Folleto de divulgación del plan para conocer el límite anual de contribución estándar actual.
- Contribución ABLE to Work  
Si el beneficiario recibe un salario, puede contribuir hasta el límite de contribución ABLE to Work (consulte el Folleto de divulgación del plan para conocer los límites actuales), además del límite anual de contribución estándar actual\*.

\* Si el beneficiario o su empleador están contribuyendo a un plan de contribuciones definidas (401K), un plan de anualidades (403(b)) o un plan de compensación diferida (457(b)) este año calendario, el beneficiario no es elegible para realizar contribuciones ABLE to Work.

## 12 Verifique su identidad

Necesitamos que todas las personas vinculadas a esta cuenta que sean mayores de 18 años proporcionen una identificación.

Cómo proporcionar la identificación

- Si usted es el beneficiario, por favor, incluya documentación de identificación aceptable para usted mismo
- Si usted es el representante legal autorizado **y el beneficiario es menor de 18 años**, incluya documentación de identificación aceptable para usted mismo
- Si usted es el representante legal autorizado **y el beneficiario es mayor de 18 años**, incluya documentación de identificación aceptable para usted **y** para el beneficiario

### Documentación de identificación aceptable

#### Opción A

Incluya una copia de una identificación estatal del Departamento de Vehículos Motorizados

#### Opción B

Incluya una copia de su tarjeta del Seguro Social y de su certificado de nacimiento

Para ayudar al gobierno a combatir la financiación del terrorismo y el lavado de dinero, la ley federal nos obliga a obtener cierta información personal, incluyendo su nombre, dirección, fecha de nacimiento y número de Seguro Social o número de identificación personal del contribuyente y otra información que nos permita verificar su identidad. Si no podemos verificar su identidad, es posible que tengamos que cerrar su cuenta o tomar otras medidas que consideremos necesarias.



**13** Firme el formulario

Al firmar este formulario, acepto los términos y condiciones establecidos a continuación y en el **Acuerdo de participación**. Entiendo y acepto que dichos documentos rigen todos los aspectos de esta cuenta y se incorporan al presente documento por referencia.

Mantendré una copia del **Folleto de divulgación del plan** en mis registros. Entiendo que el Oregon ABLE Savings Plan puede, de vez en cuando, modificar el **Folleto de divulgación del plan** y el **Acuerdo de participación**, y entiendo y acepto que estaré sujeto a los términos de dichas modificaciones.

Certifico que toda la información que yo proporcioné en este **Formulario de inscripción** es, y toda la información que yo proporcione en el futuro será, verdadera, completa y correcta, y autorizo al Plan para abrir esta cuenta con base en esta información.

Adicionalmente, certifico bajo pena de perjurio que:

- Se espera que la discapacidad o ceguera del beneficiario provoque el fallecimiento o ha durado, o se espera que dure, un periodo continuo no inferior a 12 meses y que notificaré al Plan cualquier cambio en la situación de discapacidad o ceguera del beneficiario (incluida cualquier posible cura o remisión de dicha discapacidad o ceguera) con prontitud ante tal eventualidad.
- Si he indicado que mi contribución inicial o mis contribuciones mensuales son contribuciones ABLE to Work, certifico que el beneficiario está recibiendo un salario y que la cantidad que se está contribuyendo es inferior o igual a los ingresos brutos del beneficiario hasta el límite de contribución ABLE to Work (consulte el Folleto de divulgación del plan para conocer los límites actuales). También certifico, si estoy haciendo una contribución ABLE to Work, que el beneficiario (o el empleador del beneficiario) no ha contribuido a un plan de contribución definida (401K), plan de anualidades (403(b)), o plan de compensación diferida (457(b)) este año calendario.
- Solicito establecer una cuenta ABLE como persona elegible o he sido seleccionado por la persona elegible con capacidad jurídica, o si la persona elegible no puede establecer su propia cuenta ABLE, tengo autoridad para establecer la cuenta ABLE como agente en virtud de un poder notarial o, si no lo hay, como curador o tutor legal, cónyuge, padre, hermano, abuelo o un beneficiario representante designado para la persona elegible por la Administración del Seguro Social (Social Security Administration (SSA, por sus siglas en inglés)), en ese orden, y que no hay ninguna otra persona con una prioridad superior a la indicada anteriormente para establecer la cuenta ABLE.

---

Firma del beneficiario o del representante legal autorizado

---

Fecha (mm/dd/aaaa)