



North Atlantic States Carpenters
Pension Fund

Long Island Office
270 Motor Pkwy
Hauppauge, NY 11788-5150
Phone: (631) 952-9700
Toll Free: 1(877) 372-3236
Fax: (631) 952-9813
www.carpentersfund.org

TO ALL PENSIONERS AND BENEFICIARIES RECEIVING A MONTHLY PENSION CHECK

Any questions regarding your tax status or laws providing for penalties for the underpayment of estimated taxes, should be directed to your accountant or tax advisor.

If you should decide to have New York State taxes withheld from your monthly benefit, please check 'BOX 1' and "BOX 2" in the New York State Income Tax section below. If you do not wish to have New York State taxes withheld from your monthly benefit, please check "BOX 3" of this form. Return the completed signed form to the Funds Office.

NEW YORK STATE TAX WITHHOLDING

Box 1 I elect to have New York **STATE** Income Tax withheld from my monthly Pension check.

Married _____ Single: _____ **NUMBER OF EXEMPTIONS:** _____

Box 2 I elect to have New York **STATE** Income Tax withheld from my monthly Pension check

Please withhold \$ _____ each month from my monthly Pension check

Box 3 I **DO NOT** want New York **STATE** Income Tax withheld from my monthly Pension check

Signature

Date

Name *(please print clearly)*

Social Security Number

Telephone Number



Carpinteros de los Estados del Atlántico Norte
Fondo de Pensión

Oficina de Long Island
270 Motor Pkwy
Hauppauge, NY 11788-5150
Teléfono: (631) 952-9700
Gratuito: 1(877) 372-3236
Fax: (631) 952-9813
www.carpentersfund.org

A TODOS LOS PENSIONISTAS Y BENEFICIARIOS RECIBIENDO UN CHEQUE MENSUAL DE PENSIÓN

Cualquier pregunta relacionada con su estado fiscal o las leyes que prevén sanciones por el pago insuficiente de impuestos estimados, debe dirigirse a su contador o asesor fiscal.

Si decide que se retengan los impuestos del estado de Nueva York de su beneficio mensual, marque la "CASILLA 1" y la "CASILLA 2" en la sección de retención de Impuestos del estado de Nueva York a continuación. Si no desea que se le retengan los impuestos del estado de Nueva York de su beneficio mensual, marque la "CASILLA 3" de este formulario. Devuelva el formulario completo y firmado a la Oficina de Fondos.

RETENCIÓN DE IMPUESTOS DEL ESTADO DE NUEVA YORK

Casilla 1 Elijo que se retenga el impuesto sobre la renta del ESTADO de Nueva York de mi cheque de pensión mensual.

Casado: _____ Soltero: _____ **NÚMERO DE EXENCIONES:** _____

Casilla 2 Elijo que se retenga el impuesto sobre la renta del ESTADO de Nueva York de mi cheque de pensión mensual

Por favor retener \$ _____ cada mes de mi cheque de pensión mensual

Casilla 3 **NO** deseo que se retenga el impuesto sobre la renta del ESTADO de Nueva York de mi cheque de pensión mensual

Firma

Fecha

Nombre (Por favor escribir en letra de Molde)

Número de Seguro Social

Número de Teléfono