



California State Athletic Commission  
 2005 Evergreen Street, Suite 2010  
 Sacramento, CA 95815  
 www.dca.ca.gov/csac/  
 (916) 263-2195 FAX (916) 263-2197



**Comisión Estatal Atlética de California  
 Plan de Pensión para Boxeador Profesional**

**FORMULARIO DE SOLICITUD PARA DISTRIBUCION**

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social(\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_)

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Zona Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de Licencia de Boxeador \_\_\_\_\_

**Motivo por Distribución:**

- a.  He cumplido 55 años
- b.  El boxeador ha fallecido, y solicito distribución como su beneficiario.
- c.  Jubilación Vocacional Temprana. Certifico que he cumplido 36 años, y me he retirado del boxeo.

**Estado Civil:**

- Casado  Soltero

**Opción de Pagos:**

- a.  Pagos de Pensión. Pagos solo mientras usted viva
- b.  Pagos mancomunados y de supervivencia (*solo para participantes casados*). Pagos durante su vida y la vida de su cónyuge.
- c.  Pago de suma global (seleccione abajo “buena causa” para pago en efectivo)
  - 1.  El boxeador padece enfermedad terminal
  - 2.  El boxeador está discapacitado
- d.  Pago a Institución Vocacional Educativa

**Firma y consentimiento:**

*Por medio de mi firma, solicito una distribución de los beneficios del plan. Yo entiendo que mi beneficio esta sujeto a la revisión y autorización de la Comisión. Yo he leído la Póliza para la Distribución del Plan de Beneficios, y entiendo que esta distribución está sujeta a impuestos sobre ingresos.*

\_\_\_\_\_  
Firma de Boxeador

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Consentimiento de Cónyuge** (no se requiere si selecciona la opción pagos mancomunados y de supervivencia)

*Como cónyuge legal de este boxeador, yo otorgo mi consentimiento al recibo de beneficios bajo el plan en una forma diferente a la de pagos mancomunados y de supervivencia. Yo he leído este formulario de elección, y estoy de acuerdo con las selecciones hechas. Yo entiendo que este consentimiento no podrá ser cambiado posteriormente.*

\_\_\_\_\_  
Firma de Cónyuge

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Notario Testigo** (la firma de cónyuge de estar legalmente comprobada ante un Notario Público)

State \_\_  
County \_\_\_\_\_

On \_\_\_\_\_, 20\_\_, before me, the undersigned notary public, personally appeared \_\_ personally known to me (or proved to me on the basis of satisfactory evidence) to be the person whose name is subscribed to within the instrument and acknowledged to me that he/she executed the same in his/her authorized capacity, and that by his/her signature on the instrument the person executed the instrument.

WITNESS my hand and official seal.

\_\_\_\_\_  
Notary Public

My commission expires: \_\_\_\_\_

**(FOR COMMISSION AND PENSION ADMINISTRATOR USE ONLY):**

- ( ) Covered status has been verified
- ( ) Retirement – age 55 has been verified
- ( ) Death – death certificate received, and marriage certificate or beneficiary verified
- ( ) Vocational Early Retirement – age 36 has been verified, boxing license has been surrendered. Institution confirms participation in eligible program

Date of last rounds fought: \_\_\_\_\_

Signature of Plan Official

Date