



## OASIS RETIREMENT PLAN & TRUST

### LISTA DE INSCRIPCIÓN DEL EMPLEADOR

- Formulario de Inscripción
- Autorización de Pago
- Formulario de renovación (si corresponde)
- Términos y Condiciones Firmados
- Formulario de membresía de la Asociación Laboral

**Nota\*** Por favor haga todos los cheques, giros postales, cheques de caja a: Oasis Labor Alliance

Estoy enviando TODAS las Formas:

- Fax: 800-673-0183
- Correo Electronico: [info@oasisretirementtrust.com](mailto:info@oasisretirementtrust.com)

Representante: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



Formulario de Inscripción  
del Empleador para

330 Bullard Ave  
Clovis, CA 93612  
info@oasisretirementtrust.com

Oasis Retirement Plan & Trust

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR						
Nombre Legal de la Empresa			Fecha de Inicio del Negocio		# de ID Fiscal Federal	
Nombre DBA (Haciendo Negocios Como)			Operaciones de Negocios		Nombre de Dueño/a	
Estructura de la empresa			<input type="checkbox"/> C-Corporation <input type="checkbox"/> Sole Proprietorship <input type="checkbox"/> LLC <input type="checkbox"/> S-Corporation <input type="checkbox"/> Partnership <input type="checkbox"/> Other		Nombre de Contacto	
Título de Contacto		Numero de Contacto		Numero de Fax		Email de Contacto
Domicilio de Negocio		Unidad de Suite	Cuidad	Estado	País	Código Postal    Marcar si Residencia
Número total de empleados en nómina independientemente de las horas trabajadas: _____ (incluyendo estacional, etc.)						
OPCIONES DE COBERTURA DE BENEFICIOS						
Elegir: Ingrese la cantidad a la que contribuirá: Contribución del empleado: _____ %						
O						
Elegir: Ingrese la(s) cantidad(es) en dólares que contribuirá al plan seleccionado por el empleado						
\$ _____ para Empleados			O		\$ _____ cantidad(es) combinada(s) para empleado y dependiente(s)	
\$ _____ para Dependiente(s) (Ingrese "0" si ninguno)						
<b>Beneficiario</b>	Envíe el beneficio por correo a (si es diferente a la dirección del propietario):					
Fecha de la primera Contribución (Fecha de inicio):						
DECLARACIÓN DE CUMPLIMIENTO						
<p>Entiendo que Oasis Retirement Trust no considerará mi grupo aprobado hasta que se hayan recibido los fondos de nuestra contribución del primer mes. Si dichos fondos no se reciben o no se pueden procesar, mi grupo NO se considerará aprobado y se cancelará a partir de la fecha original. Si se realiza dicha rescisión, cualquier gasto en que se haya incurrido debido a la utilización por parte de nuestros empleados de confianza y los servicios de jubilación ofrecidos por cualquier plan de Oasis Retirement Trust no serán responsabilidad de Oasis Retirement Trust.</p> <p>Entiendo que no se pueden hacer modificaciones a esta sección y que debe firmarse exactamente como se indica.</p> <p>Entiendo que una vez que se aprueba la cobertura de Oasis Retirement Trust, los cambios en la póliza grupal no se pueden implementar hasta el próximo ciclo de facturación. Estos cambios incluirán, entre otros, las disposiciones de COBRA, las horas mínimas trabajadas por semana y los montos de las contribuciones.</p> <p>Entiendo que Oasis Retirement Trust es el nombre comercial de los beneficios basados en ERISA proporcionados por las organizaciones laborales participantes de conformidad con el Acuerdo de Negociación Colectiva ejecutado de buena fe.</p>						
Nombre del Representante		Firma del Representante		Número de Identificación del Representante		
Firma del Participante		Firma del Solicitante		Fecha		







330 Bullard Ave  
 Clovis, CA 93612  
 info@oasisretirementtrust.com

Autorización de Pago

Oasis Retirement Plan & Trust

Cuenta de Cheques o Ahorros		Cheques <input type="checkbox"/>		Ahorros <input type="checkbox"/>	
Pagador Autorizado			2do Pagador Autoizado		
Nombre		Inicial	Nombre		Inicial
Apellido			Apellido		
Numero De Ruta		Institución Financiera		Número de teléfono	
Número de cuenta			Ciudad		Estado
Tarjeta de Crédito		Tipo de pago: <input type="checkbox"/> Débito <input type="checkbox"/> Crédito		Tipo de Tarjeta: <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Mastercard <input type="checkbox"/> Discover	
Nombr como aparece en la tarjeta					
Nombre		Inicial	Secuencia De Números		Número CVV
Apellido			Fecha de Vencimiento		
Dirección De Envió		# de Apto.	Ciudad	Estado	Código Postal
Me gustaría que mis pagos automáticos se cobren el _____ del mes, comenzando el ____/____/_____.					

Autorizo al Plan de Retiro y Fideicomiso OASIS (en adelante, "Oasis") a cobrar la contribución inicial y cualquier pago futuro para este beneficio por medios electrónicos o de otro tipo de la cuenta identificada anteriormente. Acepto que si cualquier cheque, letra de cambio o débito es rechazado por cualquier motivo, usted no tendrá ninguna responsabilidad, incluso aunque el incumplimiento resulte en la confiscación. Esta autorización permanecerá vigente hasta que OASIS reciba una notificación por escrito de mi parte sobre su revocación, a menos que yo la cancele antes. Entiendo que no se pagarán intereses hasta que Oasis lo haya hecho; (a) recibió y aprobó la solicitud de contribución, (b) retiró la primera contribución de la cuenta designada.

Firma de autorización \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Miembro Asociado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



Oasis Retirement Plan & Trust  
Autorización de reinversión

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE				
Nombre	Inicial	Apellido		
Fecha de Nacimiento	SSN/ITIN			
Dirección	# de Apt	Ciudad	Estado	Codigo Postal
Correo Electronico	Telefono		Preferencia de Idioma	
INFORMACIÓN PREVIA DEL PLAN				
Nombre del Plan Anterior / IRA				
Cantidad estimada de reinversión				
Por favor llene la Parte 1 cuando se transfiera de un plan anterior o IRA y devuelva el formulario completo al Administrador del plan. Tenga en cuenta que primero debe completar un formulario de inversión que especifica cómo se invertirá la transferencia. Si necesita ayuda para determinar si alguna parte de su plan calificado anterior o IRA consiste en contribuciones después de impuestos o no deducibles, consulte a su Administrador del Plan.				
CERTIFICACIÓN DE PARTICIPANTE				
<p>Marque uno de los siguientes:</p> <p><input type="checkbox"/> Plan de calificación. (Adjunte una copia de la última carta de determinación favorable del IRS del plan o una carta del administrador del plan que indique que el plan está calificado.</p> <p><input type="checkbox"/> Plan de 403(b)</p> <p><input type="checkbox"/> Plan de 457(b) Estatal</p> <p><input type="checkbox"/> IRA</p> <p><input type="checkbox"/> 401 (k) opciones</p>				
<p>Por la presente certifico que se cumplen las condiciones para una renovación especificada anteriormente y que la información proporcionada es completa y precisa.</p> <p>Firma del Participante _____ Fecha _____</p>				
ACEPTACIÓN DEL ADMINISTRADOR DEL PLAN (SOLO PARA USO DE LA OFICINA)				
<p>Por la presente, autorizo la transferencia al Plan de Jubilación y Fideicomiso de OASIS como se describe anteriormente.</p> <p>Firma del administrador del plan _____ Fecha _____</p>				



## Oasis Retirement Plan & Trust

### Términos y Condiciones

1. Cuando se inscribe en el OASIS Retirement Plan & Trust, debe estar inscrito como miembro del sindicato.
2. Este plan contiene las características de un plan de jubilación general y típico. El plan de ahorro 529's para la universidad, también se incluye en este plan de alquiler.
3. Las distribuciones de jubilación son efectivos cuando declara su propia jubilación entre las edades de 59 ½ y 70 ½. Las distribuciones pueden hacerse mensualmente, trimestralmente, semestralmente y anualmente.
4. Las transferencias se aceptan en este plan.
5. Se enviará un resumen del fideicomiso de jubilación a cada participante en este plan.
6. Los empleadores adoptan este plan y están bajo los auspicios de un beneficio ERISA y un acuerdo para beneficiar a los empleados y, como tales, miembros dentro de la naturaleza contractual de un acuerdo de bienestar de múltiples empleadores: acuerdo ECE que se aplica.
7. Dentro del Fideicomiso y Plan de Jubilación de OASIS, un participante o miembro puede pedir prestados fondos de su cuenta y los términos para los límites de los préstamos dependen de los saldos, solvencia, riesgo y período de pago, pero no pueden tener más de \$2,000 saldos impagos. Se cobra una tasa de interés anual del 4% de los fondos prestados.
8. Existen reglas para retirarse anticipadamente de este Plan de Retiro. Las multas se calculan según las normas del IRS y se aplican tarifas administrativas internas al 10%. Ciertas condiciones se aplican a solicitudes de emergencia individuales extremas para retiros anticipados.
9. Los beneficiarios deben estar asignados en cada cuenta.
10. Si, por cualquier medio, decide transferir sus fondos, se le cobrará una tarifa administrativa de \$100.
11. Los estados de cuenta trimestrales se envían para cada cuenta.
12. Este no es un programa de retiro de inversión de fondos autodirigidos, excepto por el 401 (k).
13. No hay cuotas anuales de mantenimiento.
14. Oasis Retirement Plan & Trust tendrá un período de gracia para procesar los desembolsos/retiros. Las distribuciones (Cuenta Completa o De Una Vez) de veinticinco mil (\$25,000) o menos pueden tardar hasta quince (15) días hábiles en procesarse, y las distribuciones (Cuenta Completa o De Una Vez) de más de veinticinco mil (\$25,000) puede tardar hasta treinta (30) días hábiles. Una vez que el programa recibe un formulario de solicitud de distribución, no se acumularán intereses en la cuenta durante el período de procesamiento de quince (15) o treinta (30) días.
15. Las distribuciones de \$100,000 o más pueden requerir un máximo de 60 días hábiles para su procesamiento. Es importante comprender que las instituciones financieras frecuentemente implementan tiempos de espera en transacciones grandes para cumplir con obligaciones regulatorias y protocolos internos. Estas precauciones existen para proteger contra riesgos potenciales, como actividades fraudulentas, lavado de dinero y otras amenazas asociadas con transacciones monetarias sustanciales.

Nota: Nuestra oficina administrativa debe informar el valor del efectivo o activos retirados de Oasis. Este valor se le informara a usted y al IRS con la forma 1099-R. Si decide retirar fondos en el año presente, usted recibirá una 1099-R antes de Enero 31 del siguiente año.

Al firmar, entiendo y acepto los términos y condiciones del Plan de Retiro y Fideicomiso de OASIS. Entiendo que este plan está dirigido por los Funcionarios, Consultores, Asesores, Custodios y la Junta de Síndicos del Plan y Fideicomiso de Retiro OASIS.

\_\_\_\_\_  
Escriba el nombre del participante

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

\_\_\_\_\_  
Nombre del Empleador y / o Asociación

Testificado por un representante debidamente autorizado de OASIS Retirement Plan & Trust:

\_\_\_\_\_  
Escriba el nombre del representante

\_\_\_\_\_  
Firma del representante

\_\_\_\_\_  
Fecha





330 Bullard Ave  
Clovis, CA 93612  
info@oasisretirementtrust.com

## SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DE MEMBRESÍA

Usted se está uniendo a OASIS LABOR ALLIANCE, una organización laboral que ofrece beneficios del plan de bienestar de múltiples empleadores negociados colectivamente regulados por el Departamento de Trabajo de los EE. UU. Todos los beneficios del plan se pagan con fondos fiduciarios garantizados y regulados por ERISA.

### OASIS LABOR ALLIANCE BENEFICIOS DE MEMBRESÍA

Los planes de salud y bienestar de los empleados pueden incluir:

- Beneficio por lesiones laborales
- Cuidado de la salud
- Planes de Jubilación
- Gastos de entierro
- Enfermedad pagada
- Licencia de maternidad
- Permiso familiar

Me gustaría apoyar futuros servicios:

- Préstamos de Emergencia
- Salud Mental
- Beneficios de Vacaciones
- Unión de Crédito
- Cuidado Dental

### INFORMACIÓN DEL CLIENTE MIEMBRO (Escriba claramente)

COUTA ANUAL DE MEMBRESÍA  \$25 (INDIVIDUAL)  \$99 (NEGOCIO)  NO APLICABLE Paga Con:

Nombre: \_\_\_\_\_  Tarjeta

Cheque

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

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono (1): \_\_\_\_\_  Casa  Móvil  Oficina

Teléfono (2): \_\_\_\_\_  Casa  Móvil  Oficina

Correo E: \_\_\_\_\_ Idioma Preferido: \_\_\_\_\_

PÓNGASE EN CONTACTO CON MI EMPLEADOR PARA QUE MIS COMPAÑEROS DE TRABAJO PUEDAN DISFRUTAR DE ESTOS GRANDES BENEFICIOS!!

Nombre De Empresa: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Autorizo a OASIS LABOR ALLIANCE a ser mi representante exclusivo para la negociación colectiva en todos los trabajos o membresías de asociaciones con empleadores actuales y futuros o asociaciones de beneficios voluntarios con respecto a salarios, horas, beneficios y condiciones de trabajo, comenzando la fecha que usted indica a continuación hasta que sea revocado por escrito.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_