



SOLICITUD DE ASIGNACIÓN BÁSICA PARA HIJOS

USE LETRAS DE IMPRENTA O MAQUINA

FECHA:

Mes	Día	Año

Solicito el pago de la Asignación Básica para hijos de acuerdo con la Sección 4.5 (d) / (e) del Plan de Jubilación del Personal del Banco Interamericano de Desarrollo, relativa a la Asignación Básica para Hijos por fallecimiento o invalidez de un participante ,en base a la siguiente información:

1	Nombre del Participante Fallecido / Inválido _____	2	Nombre del Beneficiario _____												
3	Dirección del Participante Fallecido / Inválido _____ _____ _____	4	Dirección del Beneficiario _____ _____ _____ Teléfono: _____												
5	Participante Fallecido / Inválido Fecha de Nacimiento: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>MES</td><td>DIA</td><td>AÑO</td></tr></table>				MES	DIA	AÑO	6	Fecha de Nacimiento del Beneficiario <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>MES</td><td>DIA</td><td>AÑO</td></tr></table>				MES	DIA	AÑO
MES	DIA	AÑO													
MES	DIA	AÑO													
7	Participante Fallecido Fecha de Defunción: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>MES</td><td>DIA</td><td>AÑO</td></tr></table>				MES	DIA	AÑO	8	No. Seguro Social Beneficiario : _____						
MES	DIA	AÑO													
9	Depositar en Nombre Banco: _____ No. Cuenta: _____ Nombre Cuenta: _____	Nacionalidad del Beneficiario _____ Dirección Banco: _____ _____ _____													

Entiendo que esta Asignación Básica será pagadera mensualmente hasta que el beneficiario cumpla 21 años de edad o contraiga matrimonio.

En caso de que contraiga matrimonio, avisaré de inmediato al Banco.

Fecha: _____ Firma Autorizada: _____

ATESTACIÓN :

Firmado y Jurado ante mí, Notario Público en _____
el _____ , de _____ de _____
Mi comisión expira el _____

Notario Público

Para Uso Oficial

AUTORIZACIÓN PARA PAGAR: De acuerdo con la Sección 4.5 (d) / (e) del Plan de Jubilación del Personal, autorizo el pago de Asignación Básica al / a la hijo/a sobreviviente arriba indicado por la cantidad mensual de \$ _____ hasta el _____ o hasta su matrimonio, lo que suceda primero.

Secretario Ejecutivo



APPLICATION FOR CHILDREN'S BENEFIT

PLEASE TYPE OR PRINT

DATE:

Month	Day	Year
-------	-----	------

I request payment of Children's Benefits in accordance with section 4.5 (d) / (e) of the Staff Retirement Plan of the Inter-American Development Bank which refers to Children's Benefit upon the death of an active or retired participant or disability of a participant while in participating service, based on the following information:

1	Name of Deceased / Disabled Participant _____	2	Name of Beneficiary _____												
3	Deceased / Disabled Participant's Address _____ _____ _____	4	Beneficiary's Address _____ _____ _____ Telephone: _____												
5	Deceased / Disabled Participant's Date of Birth: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>MONTH</td><td>DAY</td><td>YEAR</td></tr> </table>				MONTH	DAY	YEAR	6	Beneficiary's Date of Birth <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>MONTH</td><td>DAY</td><td>YEAR</td></tr> </table>				MONTH	DAY	YEAR
MONTH	DAY	YEAR													
MONTH	DAY	YEAR													
7	Deceased Participant's Date of Death: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>MONTH</td><td>DAY</td><td>YEAR</td></tr> </table>				MONTH	DAY	YEAR	8	Beneficiary's Social Security No. _____						
MONTH	DAY	YEAR													
9	Deposit in Bank Name: _____ Account No. _____ Account Name: _____	Beneficiary's Nationality: _____ Bank's Address: _____ _____ _____													

It is my understanding that the benefit shall be payable monthly until beneficiary reaches the age of 21 or until marriage. I shall immediately advise the Bank, in case of marriage.

Date: _____ Authorized Signature: _____

ATTESTATION :

Subscribed and sworn to before me, a Notary Public in and for _____, this _____ day of _____ 19 _____
Mi Commission expires _____

Notary Public

For Bank Use Only

AUTHORIZATION TO PAY : Pursuant Sections 4.5 (d) (e) of the Staff TRetirement Plan, I hereby authorize payment of Children's Benefits to the above indicated surviving child, in the amount of \$ _____ per month until _____ or upon marriage, whichever comes first.

Executive Secretary