



Inter-American Development Bank

CERTIFICATE OF ELIGIBILITY FOR PENSION
Staff Retirement Plan

COMPLETE AND RETURN IN THE ENCLOSED ENVELOPE TO STAFF RETIREMENT PLAN, STOP E0507

I, _____ (I.D.# _____), hereby state that my right to receive a pension and/or benefit under the Staff Retirement Plan of the Inter-American Development Bank continues in effect as follows:

- Retired pensioner
- Retired disabled pensioner
- Widow/er of former participant or pensioner
- Unmarried child/ren of deceased or disabled participant (under 21 years of age)

Current Marital Status: Single Married Widow/er Divorced

Change in Marital Status from last Certification: Yes Date of Change _____

Reason: _____
(Enclose legal documents)

Resident or citizen of the United States Yes Date acquired: _____

U.S. Social Security # _____

Disabled retiree under 62 years of age: Unable to work Holding part or full time employment or self employed.

Name of Dependent Child/ren (if any)	Date of Birth	Married or Single

I CERTIFY THAT ALL THE STATEMENTS CONTAINED HEREIN ARE TRUE AND CORRECT TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE

Date: _____ Signature: _____

Address: _____

Telephone: _____ Fax: _____

This is a change of address: _____ E-Mail: _____

IN CASE OF EMERGENCY CONTACT:

Name: _____ Relationship: _____

Address: _____ Telephone: _____

ATTESTATION

I, _____ (print)

certify that the above statement was signed today in my presence by the person named herein, who appeared before me.

Date: _____ Signed: _____ Title: _____

Official address or place of business: _____ Bar/License No. _____ (if an Attorney)

Note: The attestation may be signed by any of the following provided that he is not a close relative of the recipient: magistrate, notary or lawyer (provide bar identification or license number or seal, as applicable); in the Country Offices by the Representative, or Administrative Officer; and at Headquarters by the Executive Secretary or a Pension Administration Officer of the Retirement Plans Secretariat. In case the recipient is under the care of a medical doctor, such professional may sign the attestation.



Banco Interamericano de Desarrollo

CERTIFICADO DE DERECHO A PENSION

Plan de Jubilación del Personal

COMPLETE Y DEVUELVA EN EL SOBRE ADJUNTO AL PLAN DE JUBILACION DEL PERSONAL, PARADA E0507

Yo, _____ (I.D.# _____), declaro que continúa vigente mi derecho a recibir una pensión y/o beneficio según el plan de Jubilación del Personal del Banco Interamericano de Desarrollo, en calidad de:

- Participante Jubilado
- Participante jubilado por incapacidad
- Viuda/o de un ex-participante o pensionado
- Hijo(s) soltero(s) de un participante fallecido o jubilado por incapacidad (menores de 21 años)

Estado Civil Vigente: Soltero/a Casado/a Viudo/a Divorciado/a

Cambio de estado civil desde el último certificado Sí Fecha de Cambio _____

Razón: _____
(Adjuntar documentos legales)

Residente o ciudadano de EE.UU. Sí Fecha adquirida: _____

No. Seg. Social de EE.UU. _____

Jubilado/a por invalidez y menor de 62 años de edad : Imposibilitado/a de trabajar Empleado a tiempo completo o parcial; o trabajo por mi cuenta.

Nombre de Hijos Dependientes (si los hay)	Fecha de Nacimiento	Soltero/a o Casado/a

CERTIFICO QUE LA INFORMACION ARRIBA INDICADA ES VERIDICA Y CORRECTA

Fecha: _____ Firma: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Favor tomar nota de mi nueva dirección. Correo Electrónico: _____

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre: _____ Parentesco: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

CERTIFICADO

Yo, _____ (en imprenta)

certifico que la declaración que antecede fue firmada ante mí por el declarante.

Fecha: _____ Firma: _____ Título: _____

Domicilio legal o de negocios: _____ Bar/Licencia No. _____ (Si es abogado)

Nota: El certificado puede ser autenticado por cualquiera de las siguientes personas, que no sea pariente próximo del declarante: magistrado, notario o abogado (Proveer identificación del bar o el número de licencia, o sello, según sea el caso); en las Representaciones por el Representante, u Oficial Administrativo; y en la Sede por el Secretario Ejecutivo, o un Oficial de Administración de Pensiones de la Secretaría de los Planes de Jubilación. En caso de que el que recibe pensión esté bajo el cuidado de un médico, dicho profesional puede autenticar esta certificación.