

Instrucciones

1. Llene este formulario para designar a alguien para que actúe como su Representante en relación con su cuenta STABLE. Al completarlo, su Representante podrá abrir una cuenta STABLE a nombre de usted, realizar aportes a esa cuenta STABLE, autorizar distribuciones desde esa cuenta STABLE, acceder la información sobre esa cuenta STABLE y decidir sobre inversiones para esa cuenta STABLE.
2. Este formulario debe ser firmado por el Beneficiario de la cuenta STABLE y notariado en la Sección 3.
3. Este formulario debe ser firmado por el Representante en la Sección 4.
4. Conserve este formulario en sus registros. Se le podría pedir que proporcione evidencia de su calidad de representante en una fecha posterior.

Aviso a quien firme este formulario

1. Este es un documento legalmente vinculante que autoriza a otra persona, conocida como su Representante, para que actúe en su nombre y sin otro consentimiento de su parte con respecto a su cuenta STABLE.
2. Este documento entrará en vigor de inmediato y sólo terminará tras su cancelación por escrito, su muerte, el cierre de su cuenta STABLE o la inscripción de una sentencia por un tribunal correspondiente.
3. Si tiene alguna duda sobre este formulario, consulte con un abogado antes de firmar.

¿Necesitas ayuda?

Llámanos de lunes a viernes entre 9am – 8pm ET al **1-800-439-1653**

Las personas con incapacidades auditivas o del habla pueden marcar 711 para acceder al Servicio de retransmisión de telecomunicaciones (TRS) desde un teléfono o TTY.

Envíe el formulario a:

STABLE Account Plan
P.O. Box 9671
Providence, RI 02940-9671

Correo de servicio expreso:

STABLE Account Plan
4400 Computer Drive
Westborough, MA 01581

1 Información sobre el Beneficiario

Nombre

___ ___ / ___ ___ / ___ ___ ___ ___

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Dirección de residencial

Dirección de residencial 2

Ciudad

Estado

Código postal (ZIP)

Número de seguro social o identificación fiscal

Número de teléfono

¿Cómo se identifica el Beneficiario? Como ella Como él Elige no identificarse

2 Información sobre el Representante

Nombre

Dirección de residencial

Dirección de residencial 2

Ciudad

Estado

Código postal (ZIP)

Número de teléfono

3 Autoridad conferida y firma del beneficiario

Yo, el Beneficiario que figura en la Sección 1 de este poder de representación limitado, designo a la persona que figura en la Sección 2 de este poder de representación limitado como mi apoderado (mi “Representante”). Confiero a mi Representante el poder y la autoridad para:

1. Realizar cualquier proceso de documentación o inscripción que sea necesario para abrir una cuenta STABLE en mi nombre.
2. Ceder, transmitir y transferir la totalidad o cualquier parte de mis activos a mi cuenta STABLE en mi nombre.
3. Acceder, solicitar y recibir información acerca de mi cuenta STABLE, lo cual incluye información sobre estados de cuenta e informes de impuestos.
4. Tomar decisiones para la asignación de inversiones sobre mi cuenta STABLE.
5. Autorizar distribuciones desde mi cuenta STABLE.
6. Solicitar y usar una tarjeta STABLE en relación con mi cuenta STABLE.
7. Conceder acceso a terceros a la información sobre mi cuenta STABLE.
8. Cambiar el beneficiario de mi cuenta STABLE a un miembro de mi familia cualificado, según lo estipula la ley y la Declaración informativa del Plan de cuenta STABLE.
9. Acceder y observar mi cuenta STABLE en línea y por teléfono.

continuado

10. Realizar cualquier otro mantenimiento, observación o papeleo de mi cuenta STABLE y tomar cualquier otra decisión relacionada con la cuenta, según sea necesario para una administración apropiada y eficiente.

Este poder de representación limitado es duradero y no será afectado ni terminado por mi incapacidad o por el transcurso del tiempo.

Acepto que cualquier tercero que reciba una copia de este poder de representación limitado puede actuar en virtud del mismo. La cancelación o terminación de este poder de representación limitado debido a mi cancelación por escrito, mi muerte, una determinación judicial o cualquier otra razón no tendrá vigencia para un tercero hasta que ese tercero reciba un aviso por escrito de tal cancelación o terminación y hasta que ese tercero tenga un tiempo razonable para actuar con respecto a tal aviso o cancelación o terminación.

Yo, por mí mismo y en nombre de mis herederos, albaceas, representantes legales y cesionarios, acepto mantener indemne a cualquier tercero que actúe en virtud de este poder de representación limitado, del Estado de Ohio, de la Oficina del Tesorero de Ohio y de cualquiera de los respectivos organismos,

Estado de _____
Condado de _____

Firma del Beneficiario

Este poder de representación limitado fue reconocido en mi presencia

presencia física ó notarización en línea

este _____ del _____, 20 _____
Día (#) Mes Año

Firma del Notario

Estampe el sello del Notario

Mi comisión expira: _____
Fecha (mm/dd/aaaa)

4 Aceptación por parte del Representante

Yo, el Representante que figura en la Sección 2 de este poder de representación limitado, acepto mi designación como Representante para el Beneficiario que figura en la Sección 1 de este poder de representación limitado. Reconozco que, como Representante, debo al Beneficiario el deber de lealtad, el deber de evitar conflictos de intereses, el deber de aplicar habilidad y prudencia normal en el ejercicio de mi autoridad como Representante y el deber de mantener al Beneficiario informado sobre las acciones que tome en mi calidad de Representante. Acepto ejercer todo el poder y toda la autoridad que me otorga este poder de representación limitado para el único y exclusivo uso de los intereses mayores del Beneficiario.

Firma del Representante