

Solicitud de servicios para miembros

☐ NUEVO ☐ ACTUALIZACIÓN FECHA _____ N.º DE MIEMBRO: _____

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS PARA ABRIR UNA CUENTA NUEVA

Para ayudar al gobierno a combatir las actividades de financiación del terrorismo y lavado de dinero, la ley federal exige que todas las instituciones financieras obtengan, verifiquen y registren información que identifique a cada persona que abra una cuenta nueva. **¿Qué significa esto para usted? Cuando abra una cuenta, le solicitaremos su nombre, domicilio, fecha de nacimiento y otra información que nos permita identificarlo. Es posible que también le solicitemos su licencia de conducir u otro tipo de documentación que acredite su identificación.**

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO/TITULAR

☐ Actualización

Nombre del miembro/titular:	SSN/TIN:	
Dirección postal:	Tipo de documento de identidad:	
Ciudad/estado/código postal:	Número del documento de identidad:	
Dirección física:	Estado que emite el documento de identidad:	Fecha de emisión del documento de identidad:
Ciudad/estado/código postal:	Fecha de vencimiento del documento de identidad:	Fecha de nacimiento:
Número de teléfono principal:	Correo electrónico:	
Número de teléfono secundario:	Código de seguridad:	
Empleador:	Ocupación/cargo:	

Las certificaciones que exige el Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) establecidas en la sección "CERTIFICACIÓN DE TIN E INFORMACIÓN DE RETENCIONES RETROACTIVAS" se aplican al miembro/titular mencionado anteriormente.

TITULAR DE LA CUENTA

Indique la titularidad de las cuentas y quién asumirá responsabilidad por los servicios solicitados.

☐ Cuenta individual ☐ Cuenta conjunta con derechos de beneficiario sobreviviente ☐ Cuenta conjunta sin derechos de beneficiario sobreviviente

INFORMACIÓN DEL FIRMANTE AUTORIZADO/TITULAR CONJUNTO

☐ Titular conjunto ☐ Custodio de cuenta uniforme de transferencia a menores (Uniform Transfers to Minors Account, UTMA) ☐ Representante ☐ Otro firmante autorizado (Describa): _____
☐ Agregar ☐ Actualización ☐ Eliminar

Nombre n.º 1:	SSN/TIN:	
Dirección postal:	Tipo de documento de identidad:	
Ciudad/estado/código postal:	Número del documento de identidad:	
Dirección física:	Estado que emite el documento de identidad:	Fecha de emisión del documento de identidad:
Ciudad/estado/código postal:	Fecha de vencimiento del documento de identidad:	Fecha de nacimiento:
Número de teléfono principal:	Correo electrónico:	
Número de teléfono secundario:	Código de seguridad:	
Empleador:	Ocupación/cargo:	

☐ Titular conjunto ☐ Representante ☐ Otro firmante autorizado (Describa): _____
☐ Agregar ☐ Actualización ☐ Eliminar

Nombre n.º 2:	SSN/TIN:	
Dirección postal:	Tipo de documento de identidad:	
Ciudad/estado/código postal:	Número del documento de identidad:	
Dirección física:	Estado que emite el documento de identidad:	Fecha de emisión del documento de identidad:
Ciudad/estado/código postal:	Fecha de vencimiento del documento de identidad:	Fecha de nacimiento:
Número de teléfono principal:	Correo electrónico:	
Número de teléfono secundario:	Código de seguridad:	
Empleador:	Ocupación/cargo:	

INFORMACIÓN DEL FIRMANTE AUTORIZADO/TITULAR CONJUNTO (continuación)

☐ Titular conjunto ☐ Representante ☐ Otro firmante autorizado (Describa): _____
☐ Agregar ☐ Actualización ☐ Eliminar

Nombre n.º 3: _____

SSN/TIN: _____

Dirección postal: _____

Tipo de documento de identidad: _____

Ciudad/estado/código postal: _____

Número del documento de identidad: _____

Dirección física: _____

Estado que emite el
documento de identidad: _____Fecha de emisión del
documento de identidad: _____

Ciudad/estado/código postal: _____

Fecha de vencimiento del
documento de identidad: _____Fecha de
nacimiento: _____

Número de teléfono principal: _____

Correo electrónico: _____

Número de teléfono secundario: _____

Código de seguridad: _____

Empleador: _____

Ocupación/cargo: _____

TIPOS DE CUENTA

☐ Cuenta de participaciones/ahorro: _____	☐ Agregar ☐ Eliminar	☐ Mercado monetario: _____	☐ Agregar ☐ Eliminar
☐ Cuenta corriente de participaciones/de cheques: _____	☐ Agregar ☐ Eliminar	☐ Otro: _____	☐ Agregar ☐ Eliminar
☐ Certificado de participaciones/Certificado: _____	☐ Agregar ☐ Eliminar	☐ Otro: _____	☐ Agregar ☐ Eliminar

SERVICIOS DE CUENTAS

☐ Tarjeta de cajero automático (Automated Teller Machine, ATM): _____	☐ Agregar ☐ Eliminar	☐ Protección para sobregiros ☐ Actualización Indique la prioridad de transferencia: 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
☐ Tarjeta de débito: _____	☐ Agregar ☐ Eliminar	
☐ Audiorrespuesta: _____	☐ Agregar ☐ Eliminar	
☐ Banca por Internet: _____	☐ Agregar ☐ Eliminar	
☐ Banca móvil: _____	☐ Agregar ☐ Eliminar	
☐ Pago de facturas: _____	☐ Agregar ☐ Eliminar	
☐ Otro: _____	☐ Agregar ☐ Eliminar	

DESIGNACIONES DE CUENTA

☐ Cuenta pagadera en el momento del fallecimiento (POD, por sus siglas en inglés)/de fideicomiso	☐ Todas las cuentas	☐ Indique cuentas específicas: _____
☐ Agregar ☐ Actualización ☐ Eliminar		☐ Agregar ☐ Actualización ☐ Eliminar
Beneficiario/Beneficiario POD: _____	Beneficiario/Beneficiario POD: _____	
SSN/TIN: _____ Fecha de nacimiento: _____	SSN/TIN: _____ Fecha de nacimiento: _____	
Calle: _____	Calle: _____	
Ciudad/estado/código postal: _____	Ciudad/estado/código postal: _____	

☐ **UTMA**

_____ (como custodio de _____ (menor de edad)
en conformidad con la Ley Uniforme de Transferencias a Menores [Uniform Transfers to Minors Act]) de _____.
SSN/TIN del menor: _____

NOMBRAMIENTO DE CUSTODIO SUCESOR PARA UTMA

En conformidad con la Ley Uniforme de Transferencias a Menores de California, nombro a: _____
como custodio(s) sucesor(es) para todas las cuentas mencionadas en la sección "TIPO DE CUENTA". Este nombramiento surtirá efecto
renuncia, incapacidad o destitución.

Firma del custodio

Fecha

X

Testigo

Fecha

X

☐ **Agencia** ☐ Todas las cuentas ☐ Indique cuentas específicas: _____
Nombre del representante: _____

Firma

Fecha

X

CERTIFICACIÓN DE TIN E INFORMACIÓN DE RETENCIONES RETROACTIVAS

Bajo pena de perjurio, certifico que:

- (1) El número que figura en este formulario es mi número correcto de identificación tributaria (o estoy esperando que se me emita un número).
- ☐ (2) No estoy sujeto a retenciones retroactivas porque: (a) estoy exento de las retenciones retroactivas, o (b) no he sido notificado por el Servicio de Impuestos Internos (IRS) respecto de estar sujeto a retenciones retroactivas como consecuencia de no haber informado sobre todos los intereses o dividendos, o (c) el IRS me informó que ya no estoy sujeto a retenciones retroactivas.
- (3) Soy ciudadano de los EE. UU. u otra persona de los EE. UU. Para propósitos tributarios federales, a usted se le considera una persona de los EE. UU. si es: un individuo que es ciudadano o extranjero residente de los EE. UU.; una sociedad colectiva, sociedad anónima, compañía o asociación creada u organizada en los EE. UU. o bajo las leyes de los EE. UU.; un caudal hereditario (que no sea un caudal hereditario extranjero); o un fideicomiso doméstico (como se define en la sección 301.7701-7 de la Reglamentación).
- (4) El (los) código(s) de la Ley de Cumplimiento Fiscal de Cuentas en el Extranjero (Foreign Account Tax Compliance Act, FATCA) registrado(s) en este formulario (si hubiere) que indica(n) que estoy exento de la presentación de informes de la FATCA es (son) correcto(s).

Instrucciones de certificación. Marque la casilla correspondiente al punto 2 mencionado anteriormente si el IRS le ha notificado que actualmente está sujeto a retenciones retroactivas porque no ha informado sobre todos los intereses y dividendos en su declaración de impuestos. Al marcar esta casilla, elimina el texto relacionado con la información incompleta. Complete el formulario W-8 BEN si no es una persona de los Estados Unidos. Si ha completado el formulario W-8 BEN, su firma no es suficiente para certificar esta sección.

Código del beneficiario
exento (si hubiere) _____

Código de exención de la presentación
de informes de la FACTA (si hubiere) _____

AUTORIZACIÓN

Nombre de la Cooperativa de Ahorra y Crédito:

Al firmar o autenticar de otro modo, manifiesto/manifestamos conformidad respecto de los términos y condiciones del Acuerdo de sociedad y cuentas, la Declaración veraz de ahorros, la Declaración de privacidad, la Declaración de la política de disponibilidad de fondos, si corresponde, y las modificaciones que la Cooperativa de Ahorro y Crédito realiza periódicamente, las cuales se incluyen en el presente documento. Acuso/acusamos recibo de los acuerdos y las declaraciones que correspondan a las cuentas y los servicios solicitados en el presente. Si se solicita y obtiene una tarjeta de acceso o servicio de transferencia electrónica de fondos (Electronic Fund Transfer, EFT), manifiesto/manifestamos conformidad respecto de los términos del Acuerdo y la declaración de transferencias electrónicas de fondos, y acuso/acusamos recibo de la recepción de dicho documento. Todos los términos, condiciones, forma de titularidad de cuenta, información de selección de cuenta y otra información indicada en este documento se aplican a todas las cuentas mencionadas, salvo que se notifique por escrito a la Cooperativa de Ahorro y Crédito sobre algún cambio. Reconozco/reconocemos que cualquier actualización identificada en el presente documento enmienda la Solicitud de servicios para miembros previamente firmada y está sujeta a los términos y condiciones de las declaraciones correspondientes mencionadas anteriormente.

El Servicio de Impuestos Internos no necesita su consentimiento respecto de ninguna cláusula de este documento, excepto las certificaciones requeridas para evitar las retenciones retroactivas.

Miembro/Titular	Fecha
X	

Firmante autorizado o titular conjunto	Fecha
X	

Firmante autorizado o titular conjunto	Fecha
X	

Firmante autorizado o titular conjunto	Fecha
X	

SOLO PARA USO DE LA COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO

Fecha de incorporación

como miembro:

Abierto/aprobado por: _____

Elegibilidad de los miembros:

- ☐ Yo/Nosotros vivo/vivimos, trabajo/trabajamos regularmente, practico/practicamos mi/nuestra fe o asisto/asistimos a la escuela en el condado de Humboldt, Lake, Marin, Mendocino, Napa, Sonoma y/o Trinity.
- ☐ Yo/Nosotros opero/operamos mi/nuestro negocio en el condado de Humboldt, Lake, Marin, Mendocino, Napa, Sonoma y/o Trinity.
- ☐ Mi/nuestro miembro de la familia inmediato vive en el condado de Humboldt, Lake, Marin, Mendocino, Napa, Sonoma y/o Trinity.

Verificación de miembro: _____

Lista(s) de verificación controlada(s): ☐ OFAC ☐ Otro: _____

Fecha de finalización de la lista de verificación: _____

Por: _____

Informes controlados: ☐ Informe crediticio ☐ Informe de verificación de cheques ☐ Otro: _____

Fecha de firma del Acuerdo del programa para protección por sobregiros: _____