

New York's 529 College Savings Program *Direct Plan***Autorización para acceso a las cuentas del Plan 529**

Authorization to Access 529 Plan Accounts



- Complete este formulario para designar a un asesor de inversiones registrado o a otro consultor financiero como su representante ("un Representante") con autoridad limitada para que pueda obtener información relacionada con sus cuentas de New York's 529 College Savings Program *Direct Plan*.

Complete this form to designate a registered investment advisor or other financial consultant as your agent ("an Agent") with limited authority to obtain information regarding your account(s) in New York's 529 College Savings Program *Direct Plan*.

- Tenga en cuenta: estamos facilitando este acceso como una conveniencia para nuestros clientes. No hemos revisado las certificaciones ni la licencia profesional de su representante ni el asesoramiento que pueda proporcionarle.

Please note: We are facilitating this access as a convenience to our customers. We have not reviewed the qualifications or professional licensing of your agent or any advice your agent may provide.

- Usaremos un proveedor tercero de servicios de datos para ayudar a su representante con el acceso a la información relacionada con sus cuentas. Este proveedor estará obligado contractualmente a proteger la seguridad y la confidencialidad de los datos.

We will use a third-party data service provider to assist your agent with accessing information regarding your account(s). This provider will be contractually obligated to protect the security and confidentiality of the data.

- Escriba claramente, de preferencia en mayúsculas y con tinta negra.

Print clearly, preferably in capital letters and black ink.

Los formularios se pueden descargar de nuestro sitio web en **www.nysaves.org**. También puede llamarnos sin costo para pedir cualquier formulario, o si desea asistencia para llenar este formulario, al **1-877-NYSAVES** (1-877-697-2837) en días laborales, de 8:00 a. m. a 9:00 p. m., hora del Este.

Devuelva este formulario y cualquier otro documento que sea necesario en el sobre con porte pagado que se adjunta o envíelo por correo a:

New York's 529 College Savings Program *Direct Plan*, P.O. Box 55440, Boston, MA 02205-8323. Para entrega inmediata (overnight delivery) o correo certificado, envíelo a: **New York's 529 College Savings Program *Direct Plan*, 95 Wells Avenue, Suite 155, Newton, MA 02459-3204.**

Forms can be downloaded from our Web site at **www.nysaves.org**. Or you can call us toll-free to order any form—or get assistance in filling out this one—at **1-877-NYSAVES** (1-877-697-2837) on business days from 8 a.m. to 9 p.m., Eastern time. Return this form and any other required documents in the enclosed postage-paid envelope, or mail to: **New York's 529 College Savings Program *Direct Plan*, P.O. Box 55440, Boston, MA 02205-8323.** For overnight delivery or registered mail, send to: **New York's 529 College Savings Program *Direct Plan*, 95 Wells Avenue, Suite 155, Newton, MA 02459-3204.**

1. Información del Propietario de la cuenta**Account Owner Information**

Últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social o
Número de identificación de contribuyente individual
Last Four Digits of Social Security Number or
Individual Taxpayer ID Number

Número de la cuenta (*Anote todos los que correspondan. Para anotar más de tres cuentas, use una hoja aparte.*)

Account Number (*List all that apply. To list more than three accounts, use a separate sheet.*)

Nombre del Propietario de la cuenta (*primer nombre, inicial del segundo, apellido*)

Name of Account Owner (*first, middle initial, last*)

--

Número de teléfono durante el día
Daytime Telephone Number

--

Número de teléfono durante la noche
Evening Telephone Number



2. Información del Representante

Agent Information

Nombre del Representante (primer nombre, inicial del segundo, apellido)
Name of Agent (first, middle initial, last)

Nombre de la empresa del Representante (si corresponde)
Agent Firm Name (if applicable)

Número de identificación del Representante (si corresponde)
Agent ID Number (if applicable)

Número de sucursal del Representante
Agent Branch Number

Dirección de correo
Mailing Address

Ciudad
City

Estado
State

Código postal
Zip

Número de teléfono de día
Daytime Telephone Number

3. Autorización e indemnización

Authorization and Indemnification

Yo, el Propietario de la cuenta indicado en la **Sección 1**, nombro al Representante indicado en la **Sección 2** como mi Representante para el propósito limitado de obtener información sobre mi cuenta y recibir copias de los estados de cuenta del programa New York's 529 College Savings Program *Direct Plan*. El Representante identificado en la **Sección 2** no tendrá autoridad para tomar alguna medida con respecto a mi cuenta excepto como se indicó específicamente en la oración anterior. Entiendo que, al firmar este formulario de autorización del representante, estoy autorizando a Ascensus Broker Dealer Services, Inc. y empresas afiliadas, en nombre del programa New York's 529 College Savings Program *Direct Plan*, para que puedan proporcionar a mi Representante la información relacionada con mi cuenta y las copias de los estados de cuenta. Acepto exonerar de responsabilidad a New York's 529 College Savings Program *Direct Plan*, al Estado de Nueva York, Ascensus Broker Dealer Services, Inc., a los directores del plan (*tal como está definido en el Folleto de información*) y a sus respectivos agentes, empleados y afiliados por cualquier pérdida en que yo incurra como resultado de las acciones u omisiones de mi Representante.

I, the Account Owner listed in **Section 1**, appoint the Agent listed in **Section 2**, as my Agent for the limited purpose of obtaining information about my account and receiving duplicate account statements from New York's 529 College Savings Program *Direct Plan*. The Agent identified in **Section 2** shall have no authority to take any action with respect to my account except as specifically stated in the foregoing sentence. I understand that, by signing this agent authorization form, I am authorizing Ascensus Broker Dealer Services, Inc., and its affiliates, on behalf of the New York's 529 College Savings Program *Direct Plan*, to provide my Agent with information regarding my account and with duplicate account statements. I agree to hold harmless New York's 529 College Savings Program *Direct Plan*, The State of New York, Ascensus Broker Dealer Services, Inc., the plan officials (*as defined in the Disclosure Booklet*), and their respective agents, employees, and affiliates from any losses I incur as a result of the acts or omissions of my Agent.

Firma del Propietario de la cuenta
Signature of Account Owner

Fecha (mes, día, año)
Date (month, day, year)