

New York's 529 College Savings Program *Direct Plan***Formulario de cambio de información de la cuenta**

Account Information Change Form



- Complete este formulario para cambiar su nombre, dirección de correo, número de teléfono, dirección de correo electrónico, propietario sucesor de la cuenta o la información de la parte interesada de su cuenta.
Complete this form to change your name, mailing address, phone number, e-mail address, successor account owner, or interested party information on your account.
- Si está cambiando su nombre, un funcionario autorizado de un banco, corredor u otra institución financiera calificada deberá garantizar su firma anterior y su nueva firma en la **Sección 7**.
If you are changing your name, your former signature and new signature must be guaranteed in **Section 7** by an authorized officer of a bank, broker, or other qualified financial institution.
- 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 actual de la cuenta**Current Account Owner Information**

Números de cuenta (Para anotar más de tres cuentas, use una hoja aparte).

Account Number(s) (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)

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 teléfono durante el día
Daytime Telephone Number

--

Número de teléfono durante la noche
Evening Telephone Number

2. Información que se debe actualizar**Information to Be Updated**

☐ Propietario de la cuenta, completar la **Sección 3**
Account Owner—Complete **Section 3**

☐ Propietario sucesor de la cuenta, completar la **Sección 4**
Successor Account Owner—Complete **Section 4**

☐ Parte interesada, completar la **Sección 5**
Interested Party—Complete **Section 5**

RECUERDE FIRMAR EN LA SECCIÓN 6.

REMEMBER TO SIGN IN SECTION 6.



00-66620-001

3. Información actualizada del Propietario de la cuenta (si corresponde)

Updated Account Owner Information (if applicable)

- Si está procediendo a cambiar su información de contacto, proporcione la nueva información exactamente como quiere que esté en su cuenta de *Direct Plan*.
If you are changing your contact information, provide the new information exactly as you would like it to appear on your *Direct Plan* account.
- Si está cambiando su nombre, deberá proporcionar una garantía de la firma en la **Sección 7**.
If you are changing your name, you must provide a signature guarantee in **Section 7**.

Nuevo nombre legal del Propietario actual de la cuenta (primer nombre, inicial del segundo, apellido)

New Legal Name of Existing Account Owner (first, middle initial, last)

Dirección de correo electrónico

E-Mail Address

 - -

Número de teléfono durante el día

Daytime Telephone Number

Número de teléfono durante la noche

Evening Telephone Number

Dirección permanente o APO/FPO (**no se acepta un apartado postal [P.O. box] ni un número de ruta rural**).

Permanent Street Address or APO/FPO (A P.O. box or rural route number is **not** acceptable.)

Ciudad

City

Estado

State

Código postal

Zip

Dirección de correo de la cuenta si es diferente a la anterior (*Esta dirección se usará tanto como la dirección registrada de la cuenta como para todos los envíos por correo de la cuenta*).

Account Mailing Address if Different From Above (This address will be used both as the account's address of record and for all account mailings.)

Ciudad

City

Estado

State

Código postal

Zip

4. Información del propietario sucesor de la cuenta (si corresponde)

Successor Account Owner Information (if applicable)

- Complete esta sección para nombrar a una persona que asumirá el control de su cuenta cuando usted fallezca o para reemplazar o eliminar al propietario sucesor actual de la cuenta. Solo puede tener un propietario sucesor de la cuenta para cada cuenta y él o ella deberán ser ciudadanos estadounidenses o extranjeros residentes.
Complete this section to designate an individual to assume control of your account when you die, or to replace or remove your current successor account owner. You can have only one successor account owner per account, and he or she must be a U.S. citizen or resident alien.

(Marque una).

(Check one)

☐

Agregar

Add

☐

Cambiar

Change

☐

Eliminar

Remove

Nombre del propietario sucesor de la cuenta (primer nombre, inicial del segundo, apellido)

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

 / /

Fecha de nacimiento (mes, día, año)

Birth Date (month, day, year)

5. Información de la parte interesada *(si corresponde)*

Interested Party Information *(if applicable)*

- Complete esta sección si quiere agregar a otra persona (parte interesada) para recibir los estados de cuenta trimestrales, para actualizar la información sobre una parte interesada actual o para reemplazar o eliminar a una parte interesada. Use una hoja aparte si es necesario.
Complete this section if you want to have an additional person (interested party) receive quarterly account statements, to update information about a current interested party, or to replace or remove an interested party. Use a separate sheet if necessary.

(Marque una.)
(Check one.)

☐

Agregar
Add

☐

Reemplazar
Replace

☐

Cambiar la información actual
Change current information

☐

Eliminar
Remove

Nombre de la parte interesada *(primer nombre, inicial del segundo, apellido)*
Name of Interested Party *(first, middle initial, last)*

Dirección de correo
Mailing Address

Ciudad
City

Estado
State

Código postal
Zip

 - -

Número de teléfono
Telephone Number

Relación
Relationship

6. Firma *(Usted debe firmar a continuación. Sin embargo, si está cambiando su nombre, salte esta sección y complete la Sección 7 en lugar de esta.)*

Signature *(You must sign below. However, if you are changing your name, skip this section and complete Section 7 instead.)*

Certifico que la información proporcionada en este formulario es verdadera y completa en todos los aspectos.
I certify that the information provided in this form is true and complete in all respects.



Firma del Propietario de la cuenta
Signature of Account Owner

 / /

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

7. Garantía de firma única e idéntica. NECESARIA SOLO PARA CAMBIOS DE NOMBRE

One-and-the-Same Signature Guarantee—REQUIRED FOR NAME CHANGES ONLY

- Si está cambiando su nombre, es necesario garantizar su firma anterior y su nueva firma.

If you are changing your name, your former signature and your new signature must be guaranteed.

- Puede obtener una garantía de firma única e idéntica de un funcionario autorizado de un banco, corredor u otra institución financiera calificada. *Un notario público no puede proporcionar una garantía de firma y usted no puede garantizar su propia firma.*

You can obtain a one-and-the-same signature guarantee from an authorized officer of a bank, broker, or other qualified financial institution. *A notary public cannot provide a signature guarantee, and you cannot guarantee your own signature.*

- **No firme a continuación hasta que esté ante el funcionario autorizado que proporcionará la garantía de firma única e idéntica.**

Do not sign below until you are in the presence of the authorized officer providing the one-and-the-same signature guarantee.

Certifico que la información proporcionada aquí es verdadera y completa en todos los aspectos.

I certify that the information provided herein is true and complete in all respects.

➤

Firma del Propietario anterior de la cuenta

Former Signature of Account Owner

/ /

Fecha (mes, día, año)

Date (month, day, year)

➤

Nueva firma del Propietario de la cuenta

New Signature of Account Owner

/ /

Fecha (mes, día, año)

Date (month, day, year)

➤

Firma del Garante

Signature of Guarantor

Puesto/nombre de la institución

Title/Name of Institution

/ /

Fecha (mes, día, año)

Date (month, day, year)

**Funcionario autorizado para colocar
aquí el sello**

Authorized Officer to Place Stamp Here

Se aplica a todas las firmas en la Sección 7.

Applies to all signatures in Section 7.