Anthem Blue Cross

DECLARACIÓN JURADA DE LA PAREJA DE HECHO

YO DECLARO BAJO SANCIÓN POR PERJURIO SEGÚN LAS LEYES DEL ESTADO DE CALIFORNIA QUE LAS AFIRMACIONES QUE SE ENCUENTRAN A CONTINUACIÓN SON VERDADERAS Y CORRECTAS.

1. Que la pareja de hecho establecida entre: _____ y _____
   fue declarada el: _____
   fecha completa (por ej., 14 de marzo de 2004)
2. Las personas mencionadas anteriormente no están emparentadas entre sí.
3. Las personas mencionadas anteriormente han asumido obligaciones mutuas para el bienestar y el apoyo mutuo.
4. Las personas mencionadas anteriormente han convivido juntas como pareja en el mismo hogar durante al menos seis meses.
5. Ninguna de las personas mencionadas anteriormente ha tenido otras parejas dentro de un período menor de seis meses antes de la fecha de esta declaración jurada.
6. Ambas personas son mayores de 18 (dieciocho) años de edad y actualmente no están casados.
7. Es posible que la pareja de hecho y los hijos dependientes de una pareja de hecho no reúnan los requisitos como dependientes del empleado de acuerdo con la Sección 152 del Código de Impuestos Internos, el valor de cobertura recibido por la pareja de hecho y/o los hijos dependientes de la pareja de hecho de acuerdo con el plan del empleador puede ser tratado como salarios pagados al empleado a los fines de la retención de los impuestos a las ganancias y los impuestos sobre empleo.
8. La pareja de hecho que no está formada por empleados no tiene derecho a cobertura constante del plan médico del empleador según la ley federal o estatal (por ej., COBRA).
9. No es necesario que el empleador otorgue al empleado permiso de ausencia familiar para ocuparse de tu pareja de hecho según la Ley de Ausencia Familiar y Médica federal.

Fecha: _____, _____

_____ _____
Firma *Nombre en letra de imprenta o a máquina*

_____ _____
Firma *Nombre en letra de imprenta o a máquina*

Estado de _____, Condado de _____

El día _____ante mí, _____
NOMBRE, CARGO DEL FUNCIONARIO (por ej., JANE DOE, NOTARIO PÚBLICO)

comparecieron personalmente _____
NOMBRES DE LOS FIRMANTES

☐ a quienes conozco en persona – O BIEN – ☐ quienes demostraron según evidencia satisfactoria ser las personas cuyos nombres se suscriben al presente instrumento y reconocieron haberlo realizado en función de sus capacidades autorizadas, y que a través de sus firmas en el instrumento, la persona o la entidad por la que dicha persona actuó, llevó a cabo este instrumento.

En testimonio de lo cual firmo y estampo mi sello oficial.

_____
FIRMA DEL NOTARIO

Planes de atención médica provistos por Anthem Blue Cross. Planes de seguro provistos por Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company. Anthem Blue Cross es el nombre comercial de Blue Cross of California. Licenciatarios independientes de Blue Cross Association. ® ANTHEM es una marca registrada. ® El nombre y el símbolo de Blue Cross son marcas registradas de Blue Cross Association.