

Afidávit para la Suscripción de Pareja Doméstica

Sección Uno

Yo, _____ y _____ somos una pareja doméstica, y nosotros:
(escriba el nombre completo del suscriptor) (escriba el nombre completo de la pareja doméstica)

- tenemos cada uno dieciocho (18) años de edad o más
- compartimos una relación personal cercana y somos responsables del bienestar de cada uno
- somos la única pareja doméstica uno del otro
- no estamos casados con nadie más y no hemos tenido otra pareja doméstica en los últimos seis meses
- no estamos relacionados por familia de tal manera que el Estado de California prohibiría nuestro matrimonio
- compartimos la misma residencia regular y permanente, con la intención de seguirlo haciendo indefinidamente
- somos financieramente responsables por nuestros "gastos básicos de vida", definidos como el costo de la comida básica, la vivienda, y cualquier otro gasto de pareja doméstica por la cual calificamos como pareja doméstica. (Nota: Los miembros de las parejas domésticas no necesitan contribuir con la misma cantidad o juntos con estos gastos siempre y cuando estén de acuerdo en que los dos son responsables del costo.)
- estábamos mentalmente capacitados para aceptar el contrato cuando nuestra relación de pareja doméstica comenzó

Sección Dos

Yo entiendo que mi pareja doméstica es elegible para la suscripción en el momento de mi contratación o durante el año de a cuerdo con en el mismo criterio de elegibilidad que se usa para otros dependientes.

Yo entiendo que este afidávit debe ser terminado en el momento de la muerte de mi pareja doméstica o por algún cambio en las circunstancias declaradas en este Afidávit.

Yo estoy de acuerdo en presentar una nota por escrito a mi representante de personal o nómina si hay un cambio en las circunstancias declaradas en este Afidávit dentro de 30 días de la fecha del cambio presentando una Declaración de la Terminación de Pareja Doméstica (Statement of Termination of Domestic Partnership).

Sección Tres

Nosotros entendemos que se nos puede demandar en forma civil por cualquier pérdida, incluyendo los honorarios razonables de abogado y costos de la corte, por la falsificación a propósito de la información presentada en este Afidávit de Pareja Doméstica.

Nosotros entendemos que bajo la ley aplicable de impuestos sobre ingresos estatal y federal, los pagos de la cobertura de atención médica de una pareja doméstica pueden resultar en un ingreso adicional imputado sujeto a impuestos del empleado, con la probabilidad de ser retenido para el pago de impuestos de nómina (incluyendo impuestos de ingresos y de seguro social). Consulte a su departamento de Recursos Humanos para más información. Nosotros entendemos que, además de los requisitos de elegibilidad de _____ para la cobertura de la pareja doméstica, hay términos y condiciones de cobertura establecidos en el Acuerdo de Grupo de cada plan de atención médica que se ofrece a través de _____ por el cual nosotros aceptamos ser regidos. Nosotros aceptamos que, dependiendo del plan de atención médica que seleccionemos, el Acuerdo de Grupo que aplica puede incluir, por ejemplo y sin limitación, (1) un requisito que cada uno de nosotros arbitremos cualquiera y cada una de las quejas, incluyendo quejas por tratamiento erróneo, contra el plan de atención médica que elijamos y las organizaciones y proveedores relacionados a él; y (2) el derecho del plan de atención médica de terminar la cobertura bajo los reglamentos establecidos en el Acuerdo de Grupo incluyendo, sin limitación, la terminación de la cobertura debido a fraude, y representación errónea de la elegibilidad. Al llenar este Afidávit, nosotros aceptamos ser regidos por los términos y condiciones de cobertura del plan de atención médica seleccionado como se muestra en el Acuerdo de Grupo aplicable, incluyendo la cláusula de arbitraje, si es necesario.

Nosotros entendemos que la falsificación de la información contenida en este Afidávit puede resultar en la terminación de nuestra suscripción con el plan de atención médica que nosotros seleccionamos para cobertura.

Nosotros también certificamos bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de California, que lo anterior es verdad y acertado de acuerdo a nuestro conocimiento.

<input checked="" type="checkbox"/>	_____	_____	_____
	Firma del suscriptor	Fecha	Fecha de nacimiento
<input checked="" type="checkbox"/>	_____	_____	_____
	Firma de la pareja doméstica	Fecha	Fecha de nacimiento
<input checked="" type="checkbox"/>	_____	_____	_____
	Dirección	Ciudad	Estado Código Postal
<input checked="" type="checkbox"/>	_____	_____	_____
	Firma del testigo	Fecha	

Empleado: devuelva el formulario lleno a su empleador.