

**CARPENTER FUNDS ADMINISTRATIVE OFFICE
OF NORTHERN CALIFORNIA**

265 Hegenberger Road, Suite 100

P.O. Box 2280

Oakland, California 94621-0180

Tel. (510) 633-0333 ✧ (888) 547-2054 ✧ Fax (510) 633-0215



ASUNTO: Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California
Elegibilidad de los Compañeros Domésticos

Estimado Participante:

Los Compañeros Domésticos calificados de participantes elegibles de Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California pueden ser elegibles para recibir beneficios de salud y bienestar si cumplen con ciertos requisitos de inscripción y pago de impuestos.

Para inscribir a un Compañero Doméstico se requiere la siguiente documentación:

1. Un nuevo formulario de inscripción completado,
2. Una Declaración Jurada sobre la Sociedad Doméstica, y
3. Un documento autenticado que demuestre la responsabilidad financiera conjunta, como copias de una hipoteca, contrato de arrendamiento o alquiler, estado de cuenta bancaria o documentos similares. Los documentos que demuestren responsabilidad financiera conjunta deberán ser satisfactorios para los Fideicomisarios o sus Delegados, y cualquier disputa referente a la autenticidad o a la idoneidad de tales documentos será resuelta por los Fideicomisarios.

Debido a que el Servicio de Rentas Internas (Internal Revenue Service, IRS) no considera a los Compañeros Domésticos como dependientes, el valor imputado de la cobertura de salud y bienestar proporcionada a los Compañeros Domésticos, ya sea que presenten o no presenten una reclamación, está sujeto a impuestos. Estos impuestos deben pagarse antes de que este Fondo otorgue la elegibilidad a un Compañero Doméstico. El Fondo requiere **dos meses de impuestos prepagados.**

Se otorgará elegibilidad a un Compañero Doméstico cuando cumpla con los requisitos de la inscripción y pague la cantidad apropiada de impuestos (consulte la hoja de tarifas adjunta). Otorgamos elegibilidad sobre la misma base que un cónyuge elegible recibiría, y proporcionamos los mismos beneficios. Los hijos de los Compañeros Domésticos también pueden calificar para recibir beneficios de la misma manera, y se tratarían como si fueran hijastros.

Atentamente:

La Junta de Fideicomisarios

CARPENTERS HEALTH AND WELFARE TRUST FUND FOR CALIFORNIA
DECLARACIÓN JURADA SOBRE SOCIEDAD DOMÉSTICA

Yo, _____ (en este documento referido como el Empleado), y
_____ (en este documento referido como el Compañero), por
medio del presente declaramos bajo pena de perjurio que somos Compañeros Domésticos dentro del
significado de la siguiente declaración:

1. Hemos tenido una relación íntima y comprometida de interés mutuo por un periodo de al menos seis (6) meses inmediatamente anteriores a la fecha de esta Declaración Jurada, y tenemos la intención de seguir siendo solo Compañeros Domésticos de manera indefinida;
2. Compartimos la misma residencia principal, y actualmente tenemos la intención de seguirlo haciendo indefinidamente. Acordamos compartir la responsabilidad financiera de los “gastos básicos de la vida” definidos como el costo de alimentos, casa y gastos médicos básicos. (Nota: Los Compañeros Domésticos no necesitan contribuir equitativa o conjuntamente al costo de estos gastos, siempre y cuando acuerden que ambos son responsables del costo.) Acordamos proporcionar a la Oficina Administrativa del Fondo evidencia adecuada para demostrar la responsabilidad financiera conjunta. Tal evidencia puede incluir, sin limitarse, a una copia de la hipoteca, contrato de arrendamiento o alquiler, estados de cuentas bancarias que demuestren la tenencia conjunta de una o más cuentas bancarias, recibos de servicios públicos que muestren la responsabilidad financiera conjunta por el pago de tales servicios, u otros documentos tales como los que los Fideicomisarios puedan requerir. Además de cualquier otro requisito aplicable, tales documentos deben demostrar que el Empleado y el Compañero comparten una obligación financiera conjunta (los proveedores de seguros del Fondo pueden requerir documentación adicional, inclusive Declaraciones Juradas adicionales, para que la cobertura entre en vigencia). También certificamos por medio del presente documento que compartimos obligaciones financieras, y cualquier tercero a quien se deba dinero como resultado de una deuda incurrida durante nuestra sociedad, tiene derecho a buscar y obtener el pago de cualquiera de nosotros.
3. Ambos tenemos 18 años de edad o más y ninguno de nosotros es casado. Ninguno de nosotros está relacionado consanguíneamente con el otro, como padre, hermano, hermana, medio hermano o media hermana, sobrina, sobrino, tía, tío, abuelo o abuela o nieto o nieta.
4. Ninguno de nosotros tiene un Compañero Doméstico diferente ahora, y ninguno de nosotros ha tenido un Compañero Doméstico diferente en los últimos seis (6) meses;
5. El Empleado entiende que los hijos de su Compañero Doméstico son elegibles para recibir cobertura si son solteros y cumplen todos los demás requisitos del Fondo para la cobertura de un dependiente elegible.
6. El Empleado entiende y acuerda que la cobertura de un Compañero Doméstico terminará a la disolución de la relación de sociedad doméstica, y específicamente al producirse un cambio importante en cualquiera de las circunstancias establecidas en los párrafos 1, 2, 3 y 4 de esta Declaración Jurada.
7. Cada uno de los Compañeros Domésticos acuerda proporcionar una notificación por escrito de cualquier cambio o terminación de la relación de sociedad doméstica. Se presentará una “Declaración de Terminación de Sociedad Doméstica” en la Oficina del Fondo tan pronto como sea posible después de que ocurra tal cambio.
8. Después de tal terminación, entiendo que no se puede presentar una solicitud para añadir a un nuevo Compañero Doméstico antes de que transcurran seis meses de la presentación de una “Declaración de Terminación de Sociedad Doméstica”;
9. Entendemos que la presentación de esta Declaración Jurada no crea ningún derecho o interés en la pensión, anualidad o beneficios de vacaciones del Empleado, si los hay; y
10. Entendemos que el Fondo calculará el valor del ingreso imputado resultante del beneficio para Compañeros Domésticos y que para recibir la cobertura se nos requerirá que remitamos al Fondo el pago de esta cantidad.

IMPORTANTE

Reconocemos que un compañero no califica como dependiente del empleado según se define en la Sección 152(A) del Código de Rentas Internas. Al solicitar la inscripción de un Compañero bajo esta Declaración de Sociedad Doméstica, cada uno de nosotros entiende que Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California debe reportar el ingreso imputado gravable al Servicio de Rentas Internas para otorgar la cobertura bajo el Fondo.

Cada uno de nosotros entiende estas reglas y declara que las afirmaciones antedichas son verídicas y correctas con respecto a la relación de sociedad doméstica entre el Empleado y el Compañero. Entendemos que si el Fondo, o sus agentes, sufren cualquier pérdida debida a una afirmación incorrecta en esta Declaración Jurada, pueden iniciar una acción civil contra cualquiera de nosotros, o ambos, para recuperar sus pérdidas, inclusive los honorarios razonables de un abogado.

Entendemos que la información contenida en esta Declaración Jurada se mantendrá confidencial y estará sujeta a divulgación solamente mediante la expresa autorización por escrito del Empleado o como lo requiera la ley. Declaramos bajo pena de perjurio que cada una de las afirmaciones contenidas en este documento es verídica y correcta.

Al proporcionar beneficios al Compañero Doméstico, los Fideicomisarios reconocen que los participantes pueden tener implicaciones impositivas o de beneficios. Comuníquese con su asesor de impuestos para pedirle asesoría profesional sobre cómo le puede afectar la cobertura de un Compañero Doméstico.

****FIRMAS A NOTARIZAR****

Firma del Empleado

Firma del Compañero Doméstico

I.D. o N.º de S.S

Fecha

NOTARY ACKNOWLEDGMENT:

State of California

County of _____

On _____ before me, _____, Notary Public

Date

Here Insert Name and Title of the Officer

personally appeared _____

Name(s) of Signer(s)

who proved to me on the basis of satisfactory evidence to be the person(s) whose name(s) is/are subscribed to the within instrument and acknowledged to me that he/she/they executed the same in his/her/their authorized capacity(ies), and that by his/her/their signature(s) on the instrument the person(s), or the entity upon behalf of which the person(s) acted, executed the instrument.

I certify under PENALTY OF PERJURY under the laws of the State of California that the foregoing paragraph is true and correct.

WITNESS my hand and official seal.

Signature

Place Notary Seal Above

Signature of Notary Public

DOMESTIC PARTNER IMPUTED TAXES - 2012

Active Participant

- Adding Domestic Partner Only	\$193.00
- Adding Domestic Partner with Children	\$327.00

Non-Medicare Retiree with Kaiser

- Adding Domestic Partner Only	\$344.00
- Adding Domestic Partner with Children	\$628.00

Non-Medicare Retiree with Indemnity Medical Plan

- Adding Domestic Partner Only	\$232.00
- Adding Domestic Partner with Children	\$305.00

Non-Medicare Retiree with Health Net

- Adding Domestic Partner Only	\$378.00
- Adding Domestic Partner with Children	\$716.00

Medicare Risk Retiree	\$117.00
-----------------------	----------

Medicare Coordinated Retiree

- Indemnity	\$119.00
- Health Net	\$127.00