



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

Estimado Participante:

El Compañero Doméstico calificado de un participante elegible de Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California puede volverse elegible para recibir beneficios de salud y bienestar si cumple con ciertos requisitos de inscripción y pago de impuestos.

El procedimiento de inscripción de un Compañero Doméstico se requiere lo siguiente:

1. Un nuevo formulario de inscripción completado,
2. Una Declaración Jurada sobre la Sociedad Doméstica de Carpenters Health and Welfare Trust Fund,
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.
4. Pago de dos meses de los impuestos imputados.

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**.

POR FAVOR NOTE: Si presenta su declaración de impuestos como jefe de la familia y declara a su Compañero Doméstico como dependiente, y su asesor de impuestos le indica que su Compañero Doméstico reúne los requisitos de dependiente según la Sección 152 (A) del Código de Rentas Internas, y que usted no requiere pagar impuestos federales sobre el valor imputado de la cobertura médica de su Compañero Doméstico, por favor presente la documentación de apoyo para que esto se considere. Más aún, si como pareja del mismo sexo, o si su pareja es del sexo opuesto y al menos uno de ustedes tiene 62 años de edad o más, Y ADEMÁS usted está registrado en el estado de California y por lo tanto no requiere pagar impuestos estatales sobre el valor imputado de la cobertura médica de su Compañero Doméstico, por favor presente la documentación de apoyo para que esto se considere.

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). La elegibilidad se otorga sobre la misma base y proporciona los mismos beneficios que un cónyuge elegible recibiría. Los hijos de los Compañeros Domésticos también pueden calificar para recibir beneficios de la misma manera hasta los 19 años de edad. Para calificar para la cobertura a los 19 años de edad (hasta los 23 años de edad) debe demostrar que el dependiente es un estudiante de tiempo completo en una institución acreditada.

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, plan 401(k) 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 el Compañero Doméstico y que para recibir la cobertura se nos requerirá que remitamos al Fondo el pago de los impuestos sobre esta cantidad. **POR FAVOR NOTE:** Si presenta su declaración de impuestos como jefe de la familia y declara a su Compañero Doméstico como dependiente, y su asesor de impuestos le indica que su Compañero Doméstico reúne los requisitos de dependiente según la Sección 152 (A) del Código de Rentas Internas, y que usted no requiere pagar impuestos federales sobre el valor imputado de la cobertura médica de su Compañero Doméstico, por favor presente la documentación de apoyo para que esto se considere. Más aún, si como pareja del mismo sexo, o si su pareja es del sexo opuesto y al menos uno de ustedes tiene 62 años de edad o más, Y ADEMÁS usted está registrado en el estado de California y por lo tanto no requiere pagar impuestos estatales sobre el valor imputado de la cobertura médica de su Compañero Doméstico, por favor presente la documentación de apoyo para que esto se considere.

IMPORTANTE: Reconocemos que en la mayoría de los casos 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 Jurada 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.

****LAS FIRMAS SE DEBEN NOTARIZAR****

Firma del Empleado

Fecha

Firma del Compañero Doméstico

Fecha

Dirección: _____

ID de CFAO, N.º de UBC o N.º de SS del Empleado _____ N.º de teléfono: _____

NOTARY ACKNOWLEDGMENT:

A notary public or other officer completing this certificate verifies only the identity of the individual who signed the document to which this certificate is attached, and not the truthfulness, accuracy, or validity of that document.

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 _____
Signature of Notary Public

Place Notary Seal Above

IMPUESTOS MENSUALES IMPUTADOS DEL COMPAÑERO DOMÉSTICO - 2018

Active Participant

- Adding Domestic Partner Only	\$228.00
- Adding Domestic Partner with Children	\$387.00

Retiree Non-Medicare Domestic Partner with Kaiser

- Adding Domestic Partner Only	\$378.00
- Adding Domestic Partner with Children	\$691.00

Retiree Non-Medicare Domestic Partner with Indemnity Medical Plan

- Adding Domestic Partner Only	\$360.00
- Adding Domestic Partner with Children	\$470.00

Retiree Medicare Coordinated Domestic Partner

- Indemnity	\$125.00
- Kaiser Senior Advantage	\$134.00

Favor de anotar: Si Ud. es un Participante jubilado y está inscribiendo a su pareja doméstica, Ud. será responsable para los pagos de la cobertura médica para Participantes jubilados para Ud. y su(s) dependiente(s) y los impuestos imputados.



GENERAL STATEMENT OF NONDISCRIMINATION: (DISCRIMINATION IS AGAINST THE LAW)

The Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California (“Fund” or “Plan”) complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. The Plan does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex. The Plan:

- a) Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- b) Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, contact Pauline Hann, Civil Rights Coordinator.

If you believe that the Plan has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with:

Pauline Hann, Civil Rights Coordinator
Carpenter Funds Administrative Office of Northern California, Inc.
265 Hegenberger Rd., Suite 100
Oakland, CA 94621
Telephone number: (888) 547-2054, Fax: (510) 633-0215
Email: benefitservices@carpenterfunds.com

You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, Pauline Hann, Civil Rights Coordinator is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
1-800-868-1019, 800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

ATTENTION: FREE LANGUAGE ASSISTANCE

This chart displays, in various languages, the phone number to call for free language assistance services for individuals with limited English proficiency.

Language	Message About Language Assistance
Spanish	ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1 (888) 547-2054. (TTY: 888-547-2054).
Chinese	注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-888-547-2054 (TTY : 1-888-547-2054).
French	ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-888-547-2054 (ATS : 1-888-547-2054).
Italian	ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-888-547-2054 (TTY: 1-888-547-2054).
German	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-888-547-2054 (TTY: 1-888-547-2054).
Hmong	LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-888-547-2054 (TTY: 1-888-547-2054).
Vietnamese	CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-888-547-2054 (TTY: 1-888-547-2054).
Persian	یہ آسان آریہ ناگی تروصب نایز ہستیت لای نکی، دم وگ تنگ یسراف نایز ہرگ :ہجوت بگری نتماس (1-888-547-2054) (TTY: 1-888-547-2054) اب ی شتاب مہہ ارف
Hindi	ध्यान दः याद आप हदी बोलते ह तो आपके िलए मुफ्त म भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध ह 1-888-547-2054 (TTY: 1-888-547-2054) पर कॉल कर
Tagalog	PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-888-547-2054 (TTY: 1-888-547-2054).
Navajo	D77 baa ak0 n7n7zin: D77 saad bee y1n7[ti'go Diné Bizaad, saad bee 1k1'1n7da'1wo'd66', t'11 jiiik'eh, 47 n1 h0l=, koj8' h0d77lnih 1-888-547-2054 (TTY: 1-888-547-2054).
Arabic	ذإفت امدخ فدع اسم لاقو وغل لارف اوتت كل ذ اجم لاب. لصت ا مقرب 1-888-547-2054 (مقر فت اهدص لامكب لاو: 1-888-547-2054). عظ و دلم: ان اذ تك ذ دت رك ذ ا اللغة،
Korean	주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-888-547-2054 (TTY: 1-888-547-2054) 번으로 전화해 주십시오.
Thai	เตือน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-888-547-2054 (TTY: 1-888-547-2054).
Laotian	ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັງຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທຮ 1-888-547-2054 (TTY: 1-888-547-2054).