



AFFIDAVIT FOR DOMESTIC PARTNERS COVERAGE

UNITE HERE HEALTH PLAN 150

Please be advised that the possession of this affidavit is not evidence of eligibility.

I _____ and _____
declare ourselves to be Domestic Partners;

- We are both eighteen years of age or older; and
- Neither of us is legally married; and
- We are of the same sex; and
- We are not related by blood in a manner that would bar marriage under the law; and
- We have a close and committed personal relationship; and
- We are currently living together and have been doing so, on a continuous basis, prior to the date of this certificate; and
- Neither one of us has been registered as a member of a domestic partnership within the last six months; and
- We are financially interdependent, and submit proof evidencing our financial interdependence with at least two of the following:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> A joint bank account. | <input type="checkbox"/> Having conferred upon each other authority to make healthcare decisions (e.g., healthcare power of attorney). |
| <input type="checkbox"/> A joint credit card. | <input type="checkbox"/> At least one of us having designated the other as beneficiary under a life insurance policy. |
| <input type="checkbox"/> Joint obligors on a loan. | <input type="checkbox"/> At least one of us having designated the other as beneficiary under a retirement benefits account. |
| <input type="checkbox"/> A jointly owned residence. | <input type="checkbox"/> Having granted each other durable powers of attorney. |
| <input type="checkbox"/> A jointly owned motor vehicle. | <input type="checkbox"/> We are registered NV Domestic Partners. |
| <input type="checkbox"/> Wills naming each other as executor and/or beneficiary. | |

We understand that any falsification of registration requirements may result in termination of Culinary Health Fund benefits for both parties; and we agree to notify the Culinary Health Fund upon the ending of the Domestic Partner status. In addition, we received the tax bulletin explaining the value of this benefit, and that it is taxable. To terminate this domestic partner dependent status, both partners must complete a termination request.

Signed this _____ day of _____, 20____ under the penalties of perjury.

Culinary Health Fund Participant (Print Name)

Domestic Partner (Print Name)

Culinary Health Fund Participant (Signature)

Domestic Partner (Signature)

Social Security Number

Social Security Number

I have reviewed the items of proof as specified above and have made copies of the same.

Culinary Health Fund Representative

Date

Clark County, state of Nevada,

Sworn to before me on this _____ day of _____, 20____.

(SEAL)

Notary Public

My Commission expires _____



DECLARACIÓN JURADA PARA LA COBERTURA DE LOS COMPAÑEROS DOMÉSTICOS

UNITE HERE HEALTH PLAN 150

Por favor tenga presente que la posesión de esta declaración jurada no es prueba de elegibilidad.

Yo _____ y _____

nos declaramos ser Compañeros Domésticos:

- Ambos tenemos dieciocho años de edad o más; y
- Ninguno de los dos está legalmente casado; y
- Somos del mismo sexo; y
- No tenemos consanguinidad de tal manera que impediría el matrimonio bajo la ley; y
- Tenemos una relación personal íntima y comprometida; y
- Actualmente vivimos juntos y lo hemos echo de forma continua previo a la fecha de este certificado; y
- Ninguno de los dos ha sido registrado como miembro de una unión doméstica en los últimos 6 meses; y
- Ambos somos económicamente interdependientes y presentamos prueba de nuestra interdependencia económica con al menos dos de los siguientes:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cuenta bancaria conjunta. | <input type="checkbox"/> Hemos otorgado el uno al otro la autoridad para tomar decisiones del cuidado de salud (por ejemplo, poder notarial para el cuidado de la salud). |
| <input type="checkbox"/> Tarjeta de crédito conjunta. | <input type="checkbox"/> Al menos uno de nosotros ha designado al otro como beneficiario bajo una póliza de seguro de vida. |
| <input type="checkbox"/> Deuda conjunta de un préstamo. | <input type="checkbox"/> Al menos uno de nosotros ha designado al otro como beneficiario bajo una cuenta de beneficios de retiro. |
| <input type="checkbox"/> Propiedad conjunta de una residencia. | <input type="checkbox"/> Hemos concedido el uno al otro poderes notariales. |
| <input type="checkbox"/> Propiedad conjunta de un vehículo. | <input type="checkbox"/> Somos Compañeros Domésticos Registrados en el estado de NV. |
| <input type="checkbox"/> Testamentos que nos nombran como ejecutor y/o beneficiarios. | |

Ambos entendemos que cualquier falsificación de los requisitos para inscripción puede resultar en la cancelación de los beneficios del Culinary Health Fund para ambas partes; y aceptamos notificar al Culinary Health Fund cuando el estatus de unión doméstica termine. Asimismo, recibimos el boletín sobre impuestos que explica el valor de este beneficio, y que está sujeto a impuestos. Para terminar con el estatus de dependiente de pareja doméstica, ambas partes deben llenar una solicitud de terminación.

Firmado el día _____ de _____, 20____ bajo pena de perjurio.

Participante del Culinary Health Fund (Nombre)

Pareja Doméstica (Nombre)

Participante del Culinary Health Fund (Firma)

Pareja Doméstica (Firma)

Número de Seguro Social

Número de Seguro Social

He revisado los documentos presentados como prueba según están especificados anteriormente y he hecho copias del mismo.

Representante del Culinary Health Fund

Fecha

Condado de Clark, estado de Nevada,

Jurado esto ante mí el día _____ de _____, 20____.

(SELLO)

Notario Público

Mi Comisión expira en _____