



DECLARACIÓN JURADA DE PAREJA EN UNIÓN LIBRE

DECLARACIÓN

Nosotros damos fe de que _____ es la pareja en unión libre de

Nombre de la pareja en unión libre (en letra de molde)

_____, según los siguientes criterios de elegibilidad.

Nombre del empleado (en letra de molde)

- 1. Hemos vivido juntos al menos seis meses antes de solicitar cobertura del plan.
2. No estamos casados con alguien más ni tenemos otra Pareja en unión libre.
3. Somos mayores de 18 años de edad y estamos mentalmente sanos para ejecutar un contrato.
4. Vivimos juntos, en el mismo domicilio, y nuestra intención es continuar así por tiempo indefinido.
5. Hemos hecho un compromiso mutuo y exclusivo, similar al de un matrimonio.
6. Somos mutuamente responsables del bienestar común y las obligaciones financieras de ambos.
7. Podemos proporcionar todos o algunos de los siguientes tipos de documentación, previa solicitud.
- Declaración jurada de pareja en unión libre
- Designación de la pareja como beneficiario de seguro de vida o contrato de jubilación
- Designación de la pareja como beneficiario principal de beneficios de empleado o asegurado
- Poderes de representación duraderos de propiedades y atención médica
- Constancia de ser propietarios en común de algún vehículo o tener cuentas de cheques o de crédito mancomunadas
- Contrato de hipoteca o de arrendamiento de responsabilidad mancomunada

CAMBIOS EN LA RELACIÓN DE PAREJA EN UNIÓN LIBRE

En caso de haber algún cambio de estatus en nuestra relación de pareja que pudiera causar que alguno de los dos pierda elegibilidad para recibir beneficios (por ejemplo, si dejamos de vivir en el mismo domicilio), estamos de acuerdo en notificarle al Grupo dicho cambio por medio de una Declaración de terminación de la relación de pareja en unión libre dentro de treinta (30) días de la fecha del suceso. La Declaración deberá afirmar que relación de pareja ha terminado, a partir de la fecha especificada en la misma, y que la persona que autoriza la acción ha enviado por correo una copia de dicho documento a la otra persona.

Al anularse esta Declaración jurada de pareja en unión libre (según lo señala la Declaración de terminación de la relación de pareja firmada por el Asegurado), yo, _____, entiendo que no puedo presentar otra Declaración jurada de pareja en unión libre en los próximos seis meses.

AFIRMACIONES

- 1. Hemos presentado la información en esta Declaración con el único propósito de comprobar nuestra elegibilidad para recibir beneficios como Pareja en unión libre.
2. Entendemos también que cualquier declaración falsa o engañosa cuyo fin sea el de recibir beneficios para los cuales no somos elegibles pudiera resultar en acción correctiva en contra el Empleado/Asegurado.

Firma del empleado: _____ Fecha: _____

N.o de Seguro Social del empleado: _____ N.o de empleado: _____

Dirección del empleado/pareja: _____

Firma de la pareja: _____ Fecha: _____

El día ____ de _____ de 20____, comparecieron ante mí, _____ y _____, presentándose como las personas mencionadas en esta "DECLARACIÓN JURADA DE PAREJA EN UNIÓN LIBRE" como "Empleado/Asegurado" y Pareja, quienes ejecutaron voluntaria y libremente dicha declaración para los usos y propósitos mencionados en la misma.

Notario público

Nombramiento válido hasta: _____

Tener cobertura médica es importante para todos.

Ofrecemos comunicación y servicios gratuitos para cualquier persona con impedimentos o que requiera asistencia lingüística. No discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, identidad de género, edad o discapacidad.

Si necesita recibir asistencia lingüística o comunicación en otros formatos, llámenos sin cargos al 855-710-6984.

Si cree que no hemos proporcionado un servicio, o si cree que ha sido discriminado de cualquier otra manera, comuníquese con nosotros para presentar su inconformidad.

Office of Civil Rights Coordinator
300 E. Randolph St.
35th Floor
Chicago, Illinois 60601

Teléfono: 855-664-7270 (correo de voz)
TTY/TDD: 855-661-6965
Fax: 855-661-6960
Correo electrónico: CivilRightsCoordinator@hcsc.net

Tiene el derecho de presentar una queja por derechos civiles en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Recursos Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services) por estos medios:

U.S. Dept. of Health & Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building 1019
Washington, DC 20201

Teléfono: 800-368-1019
TTY/TDD: 800-537-7697
Portal de quejas: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
Formulario de quejas: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

If you, or someone you are helping, have questions, you have the right to get help and information in your language at no cost. To talk to an interpreter, call 855-710-6984

العربية Arabic	إن كان لديك أو لدى شخص تساعدك أسئلة، ف لديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم فوري، اتصل على الرقم 855-710-6984.
繁體中文 Chinese	如果您, 或您正在協助的對象, 對此有疑問, 您有權利免費以您的母語獲得幫助和訊息。洽詢一位翻譯員, 請撥電話 號碼 855-710-6984.
Français French	Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, avez des questions, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, appelez 855-710-6984.
Deutsch German	Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 855-710-6984 an.
ગુજરાતી Gujarati	જો તમને અથવા તમે મદદ કરી રહ્યા હોય અથવા કોઈ બીજી વ્યક્તિને અસુબી.અમ. કાર્યક્રમ બાબતે પ્રશ્નો હોય, તો તમને વિના ખર્ચે, તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી મેળવવાનો હક્ક છે. દુભાષિયા સાથે વાત કરવા માટે આ નંબર 855-710-6984 પર કોલ કરો.
हिंदी Hindi	यदि आपके, या आप जिसकी सहायता कर रहे हैं उसके, प्रश्न हैं, तो आपको अपनी भाषा में निःशुल्क सहायता और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। किसी अनुवादक से बात करने के लिए 855-710-6984 पर कॉल करें।
日本語 Japanese	ご本人様、またはお客様の身の回りの方でも、ご質問がございましたら、ご希望の言語でサポートを受けたり、情報入手したり することができます。料金はかかりません。通訳とお話される場合、855-710-6984 までお電話ください。
한국어 Korean	만약 귀하 또는 귀하가 돕는 사람이 질문이 있다면 귀하는 무료로 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 받을 수 있는 권리가 있습니다. 통역사가 필요하시면 855-710-6984 로 전화하십시오.
ລາສາລາວ Laotian	ຖ້າທ່ານ ຫຼື ຄົນທີ່ທ່ານກຳລັງໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອມີຄຳຖາມ, ທ່ານມີສິດຂໍເອົາການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຂໍ ມູນເປັນພາສາຂອງທ່ານໄດ້ໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ເພື່ອລົມກັບນາຍແປພາສາ, ໃຫ້ໃບຫາບີ 855-710-6984.
Diné Navajo	T'áá ni, éí doodago ła'da biká anánílwo'ígíí, na'ídiłkidgo, ts'ída bee ná ahóótí'i' t'áá níik'e níká a'doolwoł dóó bína'ídiłkidígíí bee ní hodoonih. Ata'dahalne'ígíí bich'i' hodíílnih kwe'é 855-710-6984.
فارسی Persian	اگر شما، یا کسی که شما به او کمک می کنید، سؤالی داشته باشید، حق این را دارید که به زبان خود، به طور رایگان کمک و اطلاعات دریافت نمایید. جهت گفتگو با یک مترجم شفاهی، با شماره 855-710-6984 تماس حاصل نمایید.
Русский Russian	Если у вас или человека, которому вы помогаете, возникли вопросы, у вас есть право на бесплатную помощь и информацию, предоставленную на вашем языке. Чтобы связаться с переводчиком, позвоните по телефону 855-710-6984.
Español Spanish	Si usted o alguien a quien usted está ayudando tiene preguntas, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 855-710-6984.
Tagalog Tagalog	Kung ikaw, o ang isang taong iyong tinutulungan ay may mga tanong, may karapatan kang makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang bayad. Upang makipag-usap sa isang tagasalin-wika, tumawag sa 855-710-6984.
اردو Urdu	اگر آپ کو، یا کسی ایسے فرد کو جس کی آپ مدد کر رہے ہیں، کوئی سوال درپیش ہے تو، آپ کو اپنی زبان میں مفت مدد اور معلومات حاصل کرنے کا حق ہے۔ مترجم سے بات کرنے کے لیے، 855-710-6984 پر کال کریں۔
Tiếng Việt Vietnamese	Nếu quý vị, hoặc người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi, thì quý vị có quyền được giúp và nhận thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi 855-710-6984.