



Building Service 32BJ Benefit Funds

101 Avenue of the Americas
New York, NY 10013-1991

www.seiu32bj.org

212-388-3500 Benefits Information

212-388-2000 General Information

Dear Member,

The 32BJ Benefit Funds' Domestic Partnership coverage allows members to enroll their same-gender domestic partner and their eligible dependents for benefits with the 32BJ Health, Pension and Scholarship Funds. To help you determine whether you and your domestic partner qualify, a question and answer sheet regarding this benefit is enclosed. If you choose to apply, you and your domestic partner will need to provide proof that you are eligible. As part of the application for 32BJ Benefit Funds' Domestic Partnership coverage, you will be required to submit the following:

- A completed Enrollment Form AND EITHER
- A copy of a **marriage certificate** or a **civil union certificate** from a state in the U.S. (or province in Canada) where same-gender marriages and civil unions are valid

OR

- A completed **Affidavit of Financial Interdependence** and supporting documentation as required in section 2 of the enclosed Affidavit.

Please carefully read the enclosed question and answer sheet for specific information on how to apply and complete the domestic partner application. Once we review your submission, we will inform you in writing of the decision as to whether your partner and their eligible dependents will be eligible for coverage through the Benefit Funds and if so, the effective date of that coverage.

Should you have any questions regarding the enclosed or require assistance in completing the application, please contact **Member Services at 1-212-388-3500 or 1-800-551-32BJ (3225)**.

Sincerely,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Alberta Galdri'.

Alberta Galdri, Director
Department of Eligibility

3/24/08



Building Service 32BJ Benefit Funds

101 Avenue of the Americas
New York, NY 10013-1991

www.seiu32bj.org

212-388-3500 Benefits Information

212-388-2000 General Information

Date

Estimado(a) afiliado(a) de la Local 32BJ:

La cobertura para la pareja conviviente del 32BJ Benefit Funds permite que los afiliados inscriban a sus parejas convivientes del mismo sexo y a sus dependientes cubiertos para que reciban los beneficios del 32BJ Health, Pension and Scholarship Funds (Fondo de Salud, Pensiones y Becas de 32BJ). Encontrará adjunta una lista de respuestas acerca de sus beneficios, para ayudarle a determinar si usted y su pareja conviviente califican. Si escoge presentar una solicitud, usted y su pareja conviviente necesitarán proporcionar un comprobante de su elegibilidad. Se le exige que presente la siguiente documentación como parte de la solicitud de cobertura para la pareja conviviente del 32BJ Benefit Funds:

- Un formulario de inscripción llenado Y YA SEA
- Una copia del **certificado de matrimonio** o del **certificado de unión civil** de un estado de los Estados Unidos (o una provincia en Canadá) donde sean válidas las uniones civiles entre personas del mismo sexo

O BIEN

- Una **Declaración Jurada de Interdependencia Económica** llenada, así como documentación acreditativa, según se dispone en la sección 2 de la declaración que se adjunta.

Sírvase leer detenidamente la hoja de preguntas y respuestas que se adjunta para obtener información específica sobre cómo llenar y presentar la solicitud para la pareja conviviente. Una vez que revisemos su solicitud le comunicaremos por escrito la decisión sobre si su pareja y sus dependientes elegibles tienen derecho a cobertura del Fondo de beneficios y de ser así, la fecha en la que entra en vigor.

Si tiene alguna pregunta relacionada con los documentos que se adjuntan o necesita ayuda para llenar la solicitud, comuníquese con **Servicios para Afiliados al 1-212-388-3500 ó 1-800-551-32BJ (3225)**.

Atentamente,

Alberta Galdri, directora
Departamento de elegibilidad



Building Service 32BJ Benefit Funds

101 Avenue of the Americas
New York, NY 10013-1991

www.seiu32bj.org
212-388-3500 Benefits Information
212-388-2000 General Information

Domestic Partner Questions and Answers Building Service 32BJ Benefit Funds

1. What is Domestic Partnership coverage?

Domestic Partnership coverage allows members to enroll their same-gender domestic partner and their eligible dependents for benefits with the 32BJ Health, Pension* and Scholarship Funds. The rules regarding this coverage are similar to those that apply to a spouse of a member and their eligible dependents, although there are several important distinctions which are briefly addressed below. If you have any additional questions, you can contact Member Services at (212) 388-3500 or 1-800-551-32BJ (3225).

**The Pension Fund will not provide survivor benefits to your domestic partner if you die before retirement. However, you will be permitted to elect a survivor benefit for your partner when you retire. This is true regardless of whether you enroll your Domestic Partner at this time.*

2. How do we apply for Domestic Partnership coverage with the 32BJ Benefit Funds?

In order to establish eligibility, you and your domestic partner will need to complete an Enrollment Form and provide either:

- A *marriage certificate* from a state in the U.S. or province in Canada where same-gender marriages are valid
- OR**
- A *civil union certificate* from a state in the U.S. or province in Canada where same-gender marriages are valid

If neither of the above-mentioned certificates is available to you in the jurisdiction where you reside, you and your partner will need to provide:

- Domestic Partnership registration under state or local law (if permitted where you live) AND
- Domestic Partner Affidavit with proof of Financial Interdependence

Note: You must provide the highest level certificate available to you in the jurisdiction where you reside.

Here are some useful phone numbers if you need more information on the certificates available in your state:

New York	New Jersey	Connecticut
For information on registering your Domestic Partnership with the City of New York please call the office of the City Clerk at (212) 669-2400.	For information on registering civil unions in the state of New Jersey, please call the Bureau of Vital Statistics and Registration at 1 (866) 649-8726 or access it on the web at: http://www.state.nj.us/health/vital/civilunion_apply.shtml	For information on registering civil unions in the state of Connecticut, please call the State Office of Vital Records at 1 (860) 509-7700



Building Service 32BJ Benefit Funds

101 Avenue of the Americas
New York, NY 10013-1991

www.seiu32bj.org
212-388-3500 Benefits Information
212-388-2000 General Information

Preguntas y respuestas sobre la pareja conviviente Building Service 32BJ Benefit Funds

1. ¿Qué es la cobertura para la pareja conviviente?

La cobertura para la pareja conviviente permite que los afiliados inscriban a sus parejas convivientes del mismo sexo y a sus dependientes cubiertos para que reciban los beneficios del 32BJ Health, Pension* and Scholarship Funds (Fondo de Salud, Pensiones* y Becas de la 32BJ). Las reglas con respecto a esta cobertura son similares a las que se aplican al cónyuge de un afiliado y sus dependientes elegibles, aunque existen varias distinciones importantes, que se tratan brevemente a continuación. Si tiene alguna pregunta, puede llamar al Centro de servicios para afiliados al (212) 388-3500 ó 1-800-551-32BJ (3225).

**El Fondo de pensiones no le ofrecerá los beneficios de sobreviviente a su pareja conviviente si usted fallece antes de jubilarse. Sin embargo, se le permitirá elegir un beneficio de sobreviviente para su pareja cuando usted se jubile. Esto se cumple independientemente de si usted inscribe a su Pareja conviviente en este momento o no.*

2. ¿Cómo solicito la cobertura para la pareja conviviente en el 32BJ Benefit Funds?

Para establecer la elegibilidad, usted y su pareja conviviente deberán llenar un Formulario de Inscripción y proporcionar bien sea:

- Un *certificado de matrimonio* de un estado de los Estados Unidos o de una provincia de Canadá donde sean válidos los matrimonios entre personas del mismo sexo
- Un *certificado de unión civil* de un estado de los Estados Unidos o de una provincia de Canadá donde sean válidos los matrimonios entre personas del mismo sexo

Si ninguno de estos certificados está disponible en la jurisdicción donde usted reside, usted y su pareja deberán proporcionar:

- Un registro de pareja conviviente según las leyes estatales o locales (si se permite en donde usted vive) Y
- Una declaración jurada de convivencia con prueba de Interdependencia económica.

Nota: Deben proporcionar la certificación de máximo nivel existente en la jurisdicción donde residen.

A continuación, le ofrecemos números de teléfono útiles en caso de que necesite más información sobre los certificados disponibles en su estado.

Nueva York	Nueva Jersey	Connecticut
Para información sobre el registro de su pareja conviviente en la ciudad de Nueva York, llame a la oficina del Secretario de la ciudad (City Clerk) al (212) 669-2400.	Para información sobre cómo registrar uniones civiles en el estado de Nueva Jersey, llame al Departamento de estadísticas vitales y registro (Bureau of Vital Statistics and Registration) al 1 (866) 649-8726 o visítelo en la web en: http://www.state.nj.us/health/vital/civilunion_apply.shtml	Para información sobre cómo registrar las uniones civiles en el estado de Connecticut, llame a la Oficina estatal del registro civil (State Office of Vital Records) al teléfono 1 (860) 509-7700



Building Service 32BJ Benefit Funds

101 Avenue of the Americas
New York, NY 10013-1991

www.seiu32bj.org

212-388-3500 Benefits Information

212-388-2000 General Information

3. If we qualify, will my partner or I have to pay for coverage?

The value of Domestic Partnership coverage is treated as taxable wages to you and as such **you will be subject to all applicable withholding taxes** such as Federal income tax, Social Security tax, Medicare tax, Federal unemployment tax, State/Local income tax and State/Local Unemployment and disability tax on the value of the coverage. PARTICIPANTS ARE ADVISED TO REVIEW THE CONSEQUENCES OF ELECTING THIS BENEFIT WITH THEIR OWN TAX ADVISORS. Additionally, you may be eligible for a refund if your domestic partner is a dependent as defined under the Internal Revenue Code. Your tax advisor will be able to provide you with more information on whether you qualify for a tax refund.

For members in the Metropolitan Plan, the value of the coverage you are responsible for has been established by the Fund's actuary at **\$191.51 per month** for any coverage that is in effect during the period of April 1, 2009 through March 31, 2010. At the end of such period, the Fund office shall provide you with a yearly rate change schedule along with the breakdown of how such rates were derived. In order to comply with all Federal, State and local wage reporting and withholding requirements, you agree to prepay any applicable taxes to the Fund on a *monthly basis*. The Fund office will forward the applicable withholding taxes to the appropriate tax authorities and properly report them to you at the end of the year on Form W-2. Prepayment of taxes is a prerequisite to receiving coverage. *The Fund requires prepayment of all taxes on or before the beginning of each month or coverage will not be allowed. Failure to remit payment within 30 days of the monthly due date will result in termination of your domestic partner's coverage.*

In addition, all required documentation must be submitted to the Fund's office prior to the date coverage is to begin. For members in Plans other than the Metropolitan Plan, please call Member Services for an estimate of the value of coverage.

4. When does a domestic partner qualify as a dependent for federal tax purposes?

If your domestic partner is a qualifying dependent under IRS definitions, the value of the health insurance coverage can be excluded for federal tax purposes. In general, to qualify as a dependent for purposes of receiving tax-free employer-paid coverage, your domestic partner must reside with you for the tax year at issue and receive more than half of his or her financial support from you. Please consult a tax advisor before you certify that your domestic partner seeking coverage is a dependent as defined by the Internal Revenue Code.

If your domestic partner qualifies as your tax dependent, you can avoid having the premiums paid by the Funds treated as taxable income by completing a *Certification of Domestic Partner as Dependent* form. Please contact Member Services to have this form mailed to you or you can download it on our website at http://www.32bjfunds.org/about/Domestic_Partner.pdf.

For more tax information, go to: [://www.hrc.org/issues/marriage/domestic_partners/domestic_partner_benefit_taxation](http://www.hrc.org/issues/marriage/domestic_partners/domestic_partner_benefit_taxation).

5. What Health Fund coverage is available for my Domestic Partner?

For the most part, coverage is the same as coverage provided for a dependent of any member. Coverage, including a right to continuation of coverage under COBRA, will be available for your domestic partner's child(ren) if they are the adopted or biological child(ren) of you or your domestic partner. A member and his/her domestic partner may elect to continue coverage on a self-pay basis under the Fund's COBRA rules, if the member loses coverage due to a qualifying event. The member's domestic partner will not have an independent right to COBRA continuation coverage unless the member and partner are married under the law of state in which they reside or the qualifying event is the death of the member.



Building Service 32BJ Benefit Funds

101 Avenue of the Americas
New York, NY 10013-1991

www.seiu32bj.org

212-388-3500 Benefits Information

212-388-2000 General Information

3. Si calificamos, ¿tendremos mi pareja y yo que pagar por la cobertura?

El monto de la cobertura para la pareja conviviente se trata como un salario imponible para usted y, como tal, **estará sujeto a la retención de todos los impuestos correspondientes**, tales como el impuesto federal sobre la renta, el impuesto del Seguro Social, el impuesto de Medicare, el impuesto federal de desempleo, el impuesto estatal o local sobre la renta, el impuesto estatal o local de desempleo y el impuesto por discapacidad sobre el monto de la cobertura. A LOS PARTICIPANTES SE LES RECOMIENDA ANALIZAR CON SUS ASESORES FISCALES LAS CONSECUENCIAS DE ELEGIR ESTE BENEFICIO. Además, usted puede ser elegible para un reembolso si su pareja conviviente cumple las condiciones de dependiente definidas en las disposiciones del Código de Rentas Internas. Su asesor tributario podrá proporcionarle más información sobre si usted califica para un reembolso tributario.

Para los afiliados del Metropolitan Plan, el monto de la cobertura de la que usted es responsable establecido por el actuario del fondo es de **\$191.51 al mes** para cualquier cobertura que esté en vigor durante el período del 1 de abril de 2010 al 31 de marzo de 2011. Al final de este período, la oficina del Fondo le proporcionará un programa de cambios en la tarifa mensual junto con un detalle de cómo estas tarifas se derivaron. Para cumplir todos los requisitos federales, estatales y locales de información y retención de salarios, usted acepta pagar anticipadamente cualquier impuesto pertinente al Fondo de manera *mensual*. La oficina del Fondo enviará las retenciones de impuestos pertinentes a las autoridades tributarias correspondientes y les informará oportunamente al final del año en el formulario W-2. El pago anticipado de impuestos es un prerrequisito para recibir la cobertura. *El Fondo requiere un pago anticipado de todos los impuestos a la fecha o antes del inicio de cada mes o no se permitirá la cobertura. Si no se remite el pago dentro del plazo de 30 días de la fecha mensual debida, tendrá como consecuencia la terminación de la cobertura de su pareja conviviente.*

Además, toda la documentación necesaria debe enviarse a la oficina del Fondo antes de la fecha de inicio de la cobertura. Los afiliados a otro(s) plan(es) que no sea(n) el Metropolitan Plan, deben llamar a Servicios para los afiliados para obtener un estimado del monto de la cobertura.

4. ¿Cuándo califica una pareja conviviente como dependiente para fines de impuesto federal?

Si pareja conviviente es un dependiente que califica según las definiciones del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés), el valor de la cobertura del seguro de salud puede ser excluido para los fines del impuesto federal. Por lo general, para calificar como dependiente para fines de recibir cobertura pagada por el empleador libre de impuestos, su pareja conviviente debe residir con usted durante el año fiscal en cuestión y recibir más de la mitad de usted más de la mitad de su apoyo financiero. Consulte a un asesor tributario antes de que certifique que su pareja conviviente que procura cobertura cumple la condición de dependiente según la definición del Código de Rentas Internas.

Si su pareja conviviente califica como su dependiente para fines tributarios, usted puede evitar que las primas pagadas por el Fondo sean consideradas ingreso tributable si llena el formulario *Certificación de pareja conviviente como dependiente* (Certification of Domestic Partner as Dependent). Sírvase llamar al Centro de servicios para afiliados para que le envíen este formulario por correo o puede descargarlo desde nuestro sitio http://www.32bjfunds.org/about/Domestic_Partner.pdf.

Para obtener más información sobre impuestos, visite:

[://www.hrc.org/issues/marriage/domestic_partners/domestic_partner_benefit_taxation](http://www.hrc.org/issues/marriage/domestic_partners/domestic_partner_benefit_taxation).



Building Service 32BJ Benefit Funds

101 Avenue of the Americas
New York, NY 10013-1991

www.seiu32bj.org

212-388-3500 Benefits Information

212-388-2000 General Information

Dependent children will not have the independent right to COBRA unless they are the biological or adopted children of the member. As with coverage for spouses and dependent child(ren), the Funds will apply its Coordination of Benefits or domestic partner rules if your domestic partner has other health insurance.

6. What happens if my Domestic Partnership terminates?

The member must notify the Funds within ten (10) days of termination of their marriage, civil union or local or state registered domestic partnership and must submit an Affidavit of Termination of Domestic Partnership in writing within thirty (30) days of the termination of the marriage, civil union or local or state registered domestic partnership. If the member fails to notify the Funds, both parties may be liable to the Funds for benefits it pays after the termination of the domestic partnership.

7. If my previous Domestic Partnership terminates, may I register with a new Domestic Partner?

Yes, however, the subsequent domestic partnership must have been in existence at least one year since the termination of the previous partnership. Also, your subsequent domestic partnership must satisfy all the eligibility requirements as defined by the highest level of certificate available to you in the jurisdiction where you reside.

8. What if my Domestic Partner no longer wishes to be enrolled in the 32BJ Benefit Funds?

Your domestic partner can elect at any time to drop out of the Funds by providing written notice to the address indicated below. Coverage will cease as of the date the Funds receives such written notice. In the event that your domestic partner wishes to re-enroll, he or she must wait one year before becoming eligible again and will need to re-apply for the benefit.

**Department of Eligibility
Building Service 32BJ Benefit Funds
Attn: Domestic Partner Benefit
101 Avenue of the Americas
New York, NY 10013-1991**

9. What are the penalties for incorrect or incomplete information, or failure to provide information?

If the member or domestic partner misleads the Funds into believing that a marriage, civil union or domestic partnership as defined by the Funds or under local or state law exists or if the Funds are not notified in a timely manner of any change in or dissolution of your marriage, civil union or domestic partnership under local or state law, each of you will be jointly and individually responsible to the Funds for benefits and expenses, including attorneys' fees and costs incurred by the Funds as a result of your statements, actions, or failure to notify the Fund. In addition, filing a false affidavit with the Funds may be a criminal offense.

10. How long will this program last?

The Trustees reserve the right, in their sole discretion, to terminate or amend this benefit at any time. Any such change by the Trustees supersedes this document and any affidavits you may submit. The Trustees also reserve the right to re-certify the status of your domestic partnership.



Building Service 32BJ Benefit Funds

101 Avenue of the Americas
New York, NY 10013-1991

www.seiu32bj.org

212-388-3500 Benefits Information

212-388-2000 General Information

5. ¿Cuál cobertura del Fondo de salud está disponible para mi pareja conviviente?

En general, la cobertura es la misma que la que se le proporciona a un dependiente de cualquier afiliado. La cobertura, incluido un derecho para continuar la cobertura de COBRA, estará a disposición de los hijos de su pareja conviviente, ya sean adoptados o hijos biológicos suyos o de su pareja conviviente. Un afiliado y su pareja conviviente pueden elegir mantener la cobertura pagándola directamente según las reglas de COBRA del Fondo, si el afiliado perdiera la cobertura debido a un evento que califica. La pareja conviviente del afiliado no tendrá derecho independiente a la cobertura continua de COBRA a menos que el afiliado y su pareja conviviente estén casados según las leyes del estado en el que residen o que el evento que califica sea el fallecimiento del afiliado. Los hijos dependientes no tendrán el derecho independiente a COBRA a menos que sean hijos biológicos o adoptados del afiliado. Al igual que la cobertura para los cónyuges y los hijos dependientes, el Fondo aplicará sus reglas de Coordinación de Beneficios o de pareja conviviente si su pareja conviviente tiene otro seguro de salud.

6. ¿Qué pasa si termina mi relación de pareja?

El afiliado debe notificar al Fondo dentro del plazo de diez (10) días de la terminación de su matrimonio, unión civil o condición de pareja conviviente registrada a nivel local o estatal y debe enviar por escrito, dentro del plazo de treinta (30) días, una Declaración jurada de terminación del matrimonio, la unión civil o pareja conviviente registrada a nivel local o estatal. En caso contrario, ambas partes serán responsables ante el Fondo por los beneficios que éste pague después del término de la relación de convivencia.

7. ¿Si termina mi relación de pareja conviviente, puedo registrar una nueva pareja conviviente?

Sí; sin embargo, la relación con la pareja posterior debe existir durante al menos un año después de que haya terminado con la anterior. Además, su posterior relación de pareja conviviente debe cumplir todos los requisitos de elegibilidad tal como lo define el grado máximo de certificación disponible para usted en la jurisdicción donde resida.

8. ¿Qué pasa si mi pareja conviviente ya no desea continuar inscrita en el 32BJ Benefit Funds?

Su pareja puede salirse del Fondo en cualquier momento, siempre que proporcione aviso por escrito a la dirección que aparece a continuación. La cobertura terminará en la fecha en que el Fondo reciba dicho aviso por escrito. En el caso de que su pareja conviviente desee volver a inscribirse, debe esperar un año antes de poder hacerlo y deberá solicitar el beneficio de nuevo.

**Department of Eligibility
Building Service 32BJ Benefit Funds
Attn: Domestic Partner Benefit
101 Avenue of the Americas
New York, NY 10013-1991**

9. ¿Cuáles son las multas por proporcionar información incompleta o incorrecta, o por no proporcionarla?

Si el afiliado o la pareja conviviente hace creer al Fondo que existe un matrimonio, unión civil o una relación de pareja conviviente según lo definen los Fondos o las leyes locales o estatales, o si no se notifica a los Fondos oportunamente de cualquier cambio o disolución de su matrimonio, unión civil o relación de convivencia, cada miembro de la pareja será responsable en conjunto e individualmente ante los Fondos por los beneficios y los gastos, que incluye los honorarios de los abogados y los costos en los que incurran los Fondos como consecuencia de sus declaraciones, acciones o por dejar de notificarle al Fondo. Además, la presentación de una declaración jurada falsa ante el Fondo puede ser un delito penal.

10. ¿Cuánto durará este programa?



Building Service 32BJ Benefit Funds

101 Avenue of the Americas
New York, NY 10013-1991

www.seiu32bj.org

212-388-3500 Benefits Information

212-388-2000 General Information

Los agentes fiduciarios se reservan el derecho de, a su absoluta discreción, cancelar o modificar este beneficio en cualquier momento. Cualquier cambio por parte de los agentes fiduciarios sustituye este documento y cualquier declaración jurada que usted pueda presentar. Los agentes fiduciarios también se reservan el derecho de volver a certificar su sociedad de convivencia.

Domestic Partner Affidavit of Financial Interdependence

Declaración jurada de interdependencia económica de la pareja conviviente

Building Service 32BJ Benefit Funds



Questions? Call Member Services at (212) 388-3500 or 1-800-551-32BJ (3225)

¿Tiene alguna pregunta? Llame al Servicios para afiliados al (212) 388-3500 ó 1-800-551-32BJ (3225)

Instructions: Only complete this affidavit if you do NOT have a valid marriage or civil union certificate from a jurisdiction within the US or Canada. If you have a valid marriage or civil union certificate, a copy of such should be attached with your application. Registration of domestic partnership or this Affidavit of Financial Interdependence will NOT be required.

Instrucciones: Complete esta declaración jurada únicamente si usted NO posee un certificado de matrimonio válido o certificado de unión civil válido de un estado de los Estados Unidos o una provincia de Canadá.

Si posee un certificado válido de matrimonio o unión civil debe adjuntar una copia del mismo a su solicitud. NO será necesario el registro de la pareja conviviente o esta Declaración Jurada de Interdependencia Económica.

Section 1 Sección 1

Declaration of Domestic Partnership Declaración de sociedad de convivencia

The undersigned declare, under penalty of perjury, that:/Los suscritos declaran, bajo pena de perjurio, que:

1. We are at least 18 years of age and mentally competent to consent to this affidavit./Tenemos por lo menos 18 años de edad y estamos en pleno uso de nuestras facultades mentales para celebrar esta declaración.
2. We are of the same gender and neither of us is married to someone else./Somos del mismo género y ninguno de nosotros está casado con alguien más.
3. We are not related by blood in a manner that would bar marriage under the law./No tenemos relación consanguínea que impidiera legalmente el matrimonio.
4. We have a close and committed personal relationship with each other./Tenemos una relación personal mutua, íntima y comprometida.
5. We are currently living together and have been doing so, on a continuous basis, for at least 12 months prior to the date of this Declaration./Actualmente vivimos juntos y lo hemos hecho, de manera continua, durante al menos 12 meses antes de la fecha de esta declaración.
6. We have not had a spouse or another domestic partner within the last twelve months./No hemos tenido cónyuge ni otra pareja conviviente durante los últimos doce meses.
7. We are financially interdependent and can show proof of such./Somos interdependientes económicamente y podemos demostrarlo.
8. We agree to notify the 32BJ Benefit Funds if there is a change in any of the circumstances attested to herein./Aceptamos notificar al Fondo de beneficios 32BJ si hay un cambio en cualquiera de las circunstancias de las que se da fe en el presente.
9. We have registered as domestic partners where we reside and we have attached a copy of our registration OR domestic partner registration is not available in our city/state. However, should there be one in the future we will register and forward a copy to the Fund's office within a reasonable time of the change allowing domestic partner registration./Nos hemos registrado como pareja conviviente en el lugar donde vivimos y adjuntamos una copia del registro O en nuestra ciudad o estado no se dispone de un registro de pareja conviviente. Sin embargo, de existir uno en el futuro nos registraremos y enviaremos una copia a la oficina del Fondo dentro de un plazo razonable a partir del cambio que permite el registro de parejas convivientes.

Section 2 Sección 2

Declaration of Financial Interdependence Declaración de interdependencia económica

As proof of financial interdependence, please submit (2) two of the following:

Como prueba de su interdependencia económica sírvanse presentar (2) dos comprobantes de entre los siguientes:

- ___ Joint bank account/Cuenta bancaria conjunta
- ___ Joint loan agreement/Contrato de préstamo conjunto
- ___ Joint utility or telephone bills/Cuentas de servicios públicos o telefónicos conjuntas
- ___ Joint credit card account/Cuenta de tarjeta de crédito conjunta
- ___ Jointly owned mutual residence, or jointly held title or deed/Copropiedad de la residencia compartida o cotitularidad de la escritura de propiedad
- ___ Other proof to be approved by the Trustees/Otra prueba que aprueben los fiduciarios
- ___ Joint tenants on the lease of mutual residence, or joint mortgagors of a mutual residence/Coarrendatarios en el contrato de alquiler de la residencia compartida o codeudores hipotecarios de la residencia compartida

Domestic Partner Affidavit of Financial Interdependence
Declaración jurada de interdependencia económica de la
pareja conviviente

Building Service 32BJ Benefit Funds



Section 3
Sección 3

Participant Signature
Firma del participante

Participant Name _____
Nombre del participante

Social Security Number _____/_____/_____
Número del Seguro Social

Signature _____
Firma

Notary Public Use Space for Seal/Espacio para que el notario
público estampe su sello

On the ____ day of _____, 20____, before me came
_____ known to me to be the person
described in and who executed the foregoing statements above
and he/she duly acknowledged to me that he/she executed the
same.

El día ____ de _____ de 20____, se presentó ante
mí _____, que de acuerdo con mi
conocimiento es la persona descrita y uno de los suscritos de
la declaración anterior y reconoció debidamente ante mí que
había firmado la misma.

State of: _____
Estado de:

County of: _____
Condado de:

Signature of Notary: _____
Firma del notario:

Section 4
Sección 4

Domestic Partner Signature
Firma de la pareja conviviente

Domestic Partner Name _____
Nombre del participante

Social Security Number _____/_____/_____
Número del Seguro Social

Signature _____
Firma

Notary Public Use Space for Seal/Espacio para que el notario
público estampe su sello

On the ____ day of _____, 20____, before me came
_____ known to me to be the person
described in and who executed the foregoing statements above
and he/she duly acknowledged to me that he/she executed the
same.

El día ____ de _____ de 20____, se presentó ante
mí _____, que de acuerdo con mi
conocimiento es la persona descrita y uno de los suscritos de
la declaración anterior y reconoció debidamente ante mí que
había firmado la misma.

State of: _____
Estado de:

County of: _____
Condado de:

Signature of Notary _____
Firma del notario