



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

Tax Consequences of Domestic Partner Coverage

Under federal tax law, if your domestic partner (non-spouse) does not qualify as your tax dependent, as defined below, then the portion of the premiums the Fund pays for the coverage of your domestic partner will be included in your gross income, subject to federal income tax withholding and employment taxes, and will be reported on your Form W-2.

Tax Consequences Where Domestic Partner is Tax Dependent

If your domestic partner qualifies as your tax dependent for health coverage purposes, then no portion of the premiums paid by the Fund will be included in your income or be subject to federal withholding or employment taxes.

Use this form if you want to certify that your domestic partner or domestic partner's children qualify as dependents for the purpose of pre-tax health benefits. Because the determination of whether a person is a dependent for tax purposes turns on facts solely within your knowledge, the Funds cannot make this determination for you.

1. Who is a tax Dependent? Your same-sex domestic partner (other than a spouse) can qualify as your tax dependent under Internal Revenue Code Section 152(a), only if:

- For the entire calendar year in question, he or she lives with you as a member of the household you maintain and occupy, AND
- During the calendar year in question you provide more than half of his or her total support.

2. Determining Support. The rules for determining whether the domestic partner receives more than half of his or her total support from the employee are complicated and more involved than just determining who the "primary breadwinner" is. Total support includes amounts spent to provide food, lodging, clothing, education, medical and dental care, recreation, transportation, and similar necessities. In IRS Publication 501, the IRS provides a Worksheet that can be utilized for determining whether an individual meets the support test required to be a qualifying relative (available at [://www.irs.gov/pub/irs-pdf/p501](http://www.irs.gov/pub/irs-pdf/p501)). Employees are encouraged to consult with a tax advisor to determine whether they satisfy these requirements.

This information is only a summary of the tax provisions governing the tax status of a domestic partner for health plan purposes, and it is not intended nor should it be relied upon as legal or tax advice. Due to the complexity of these tax rules and the potential impact of any imputed income you may incur, you should seek advice from a competent tax professional before certifying as to the tax status of the person being enrolled.



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

CERTIFICATION OF DOMESTIC PARTNER AS A DEPENDENT

I. CERTIFICATION

We, _____ and _____
(Employee – Print Name) (Domestic Partner – Print Name)

certify and declare that we are domestic partners in accordance with the following criteria.

Please check the appropriate box:

If your answer is YES, you will not be taxed on the contribution for the dependent coverage premiums paid by the Fund.

- Yes, my domestic partner qualifies as my dependent for federal income tax purposes. I understand that on the basis of the above statements, the Fund will consider the above person my dependent for tax-free employer-paid health coverage.
- No, my domestic partner does not qualify as my dependent for federal income tax purposes.

II. ACKNOWLEDGEMENTS

1. I agree to notify the Fund in writing as soon as possible if there is a change in any of the above persons' status as my tax dependent for health coverage purposes, including any change that may occur midyear. I understand that any change in such status may result in the retroactive application of taxes to amounts previously paid for health coverage during the year.
2. We understand that on the basis of the above statements, the Fund will decide whether to treat the above person as my tax dependent for all federal income and employment tax purposes, and that if I fail to complete this Certification or any recertification requested by the Fund, then the Fund will assume that the person does not qualify as my federal tax dependent for health coverage purposes.
3. We agree to reimburse the Fund for any and all taxes, penalties, or other losses (including reasonable attorney's fees) that the Fund may incur as a result of its reliance on this Certification if it is untrue or incorrect in any respect, or if I fail to provide the notice required above.
4. We understand that this Certification may have legal implications relating, for example, to our ownership of property or to taxability of benefits provided, and that before signing this Certification, we should seek competent legal and accounting advice concerning such matters.

We certify, under penalty of perjury, that the above statements are true to the best of our knowledge. We understand that this form is not an application for insurance coverage and that the purpose for this form is to establish eligibility of person named herein for the coverage provided under the Plan.

Date: _____

Employee Signature: _____

Date: _____

Domestic Partner Signature: _____



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

Consecuencias tributarias de la cobertura para la pareja conviviente

En virtud de la ley de impuestos federales, si su pareja conviviente (no cónyuge) no reúne las condiciones de un dependiente para fines tributarios, según la definición que se especifica más adelante, entonces la porción de las primas que paga el Fondo por la cobertura de su pareja conviviente será incluida en su ingreso bruto, sujeta a la retención del impuesto federal sobre la renta y a los impuestos de empleo, y se declarará en su Formulario W-2.

Consecuencias tributarias cuando la pareja conviviente es dependiente para fines tributarios

Si su pareja conviviente califica como su dependiente fiscal para fines de cobertura de salud, entonces no se incluirá en sus ingresos ninguna porción de las primas pagadas por el Fondo ni estará sujeta a retención tributaria ni a impuestos de empleo.

Use este formulario si desea certificar que su pareja conviviente o los hijos de su pareja conviviente califican como dependientes para fines de beneficios de salud antes de impuestos. Debido a que la determinación de si una persona es dependiente para fines tributario se convierte en hecho únicamente en su conocimiento, los fondos no pueden hacer esta determinación para usted.

1. *¿Quién es un dependiente para fines tributarios?* Su pareja conviviente del mismo sexo (que no sea su cónyuge) puede calificar como su dependiente para fines tributarios según la sección 152(a) del Código de Rentas Internas sólo si:

- Durante todo el año calendario en cuestión, él o ella vive con usted como integrante de la familia que usted mantiene y ocupa, Y
- Durante el año calendario en cuestión usted proporciona más de la mitad del total de su sostén.

2. *Reglas para la determinación del sostén.* Las reglas para determinar si la pareja conviviente recibe del empleado más de la mitad de su sostén total son complicadas y más complejas que sólo determinar quién es el "principal sostén de la familia". El sostén total incluye las cantidades destinadas a proporcionar alimento, alojamiento, vestido, educación, atención médica y dental, recreación, transporte y necesidades similares. En la publicación 501 del IRS, el IRS proporciona una hoja cálculo que puede ser utilizada para determinar si un individuo cumple la prueba de sostén requerida para ser un familiar que califica (disponible en [://www.irs.gov/pub/irs-pdf/p501](http://www.irs.gov/pub/irs-pdf/p501)). A los empleados se les insta a consultar a un asesor tributario para determinar si cumplen estos requisitos.

Esta información es sólo un resumen de las disposiciones tributarias que regulan la situación fiscal de una pareja conviviente para fines del plan de salud y no tiene por objeto ni debe considerarse asesoría legal o tributaria. Debido a la complejidad de estas normas tributarias y el impacto potencial de cualquier ingreso imputado en la que pueda usted incurrir, debe buscar la asesoría de un asesor tributario profesional antes de la certificación de la situación fiscal de la persona que se esté inscribiendo.



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

CERTIFICACIÓN DE UNA PAREJA CONVIVIENTE COMO DEPENDIENTE

I. CERTIFICACIÓN

Nosotros, _____ y _____
(Nombre del empleado en letra de imprenta) (Nombre de la pareja conviviente – en letra de imprenta)

certificamos y declaramos que somos una pareja conviviente según los siguientes criterios:

Por favor marque la casilla correspondiente.

Si su respuesta es **SÍ**, no se le cobrará impuesto a las aportaciones para las primas de cobertura a dependientes que pague el Fondo.

Sí, mi pareja conviviente califica como mi dependiente para los fines de impuesto federal. Entiendo que en base a las declaraciones anteriores, el Fondo considerará a la persona citada arriba como mi dependiente para la cobertura de salud libre de impuestos pagada por el empleador.

No, mi pareja conviviente no califica como mi dependiente para los fines del impuesto federal.

II. ACEPTACIONES

1. Me comprometo a notificar al Fondo por escrito lo antes posible si sucede un cambio en la situación de cualquiera de las personas mencionadas anteriormente como mis dependientes para efectos fiscales para la cobertura de salud, incluidos los cambios que puedan ocurrir durante el año. Entiendo que cualquier cambio en dicha situación puede dar lugar a la aplicación retroactiva de impuestos a los montos pagados previamente para la cobertura de salud durante el año.

2. Entendemos que, en base a las declaraciones anteriores, el Fondo tomará la decisión de si tratar a la persona como mi dependiente para fines tributario con respecto a todos los fines relacionados con el impuesto federal sobre la renta y los impuestos de empleo, y que si no cumplo con esta Certificación o cualquier re-certificación solicitada por el Fondo, entonces el Fondo dará por hecho que la persona no califica como mi dependiente para fines de la declaración federal de impuestos con relación a la cobertura de salud.

3. Nos comprometemos a reembolsarle al Fondo cualquiera y todos los impuestos, multas u otras pérdidas (incluidos honorarios razonables de abogados) en los que el Fondo pueda incurrir como resultado de su confianza en esta certificación si es falsa o incorrecta en cualquier aspecto, o si no proporciono la notificación requerida arriba.

4. Entendemos que esta Certificación puede tener implicaciones legales relacionadas, por ejemplo, con nuestro derecho de propiedad o con la imposición fiscal de los beneficios proporcionados, y que antes de firmar esta Certificación debemos buscar asesoría legal y contable competente con respecto a tales asuntos.

Certificamos, bajo pena de falso juramento, que las declaraciones anteriores son verdaderas conforme a nuestro conocimiento. Entendemos que este formulario no es una solicitud de exceso de seguros y que el propósito del mismo es establecer la elegibilidad de la persona mencionada en este documento para la cobertura prevista en el Plan.

Fecha: _____

Firma del empleado: _____

Fecha: _____

Firma de la pareja conviviente: _____

12/08/09