



## HEALTH CARE SPOUSAL/DOMESTIC PARTNER SURCHARGE

A \$100 monthly spousal/domestic partner surcharge will be added to your premium if you have elected coverage for your spouse/domestic partner and your spouse/domestic partner is eligible for coverage through his/her employer but elects not to enroll. If your spouse/domestic partner also works for USS, the surcharge is waived.

*My spouse/domestic partner is enrolled in a USS sponsored health plan, and my spouse/domestic partner does not have health coverage available through his/her employer; or my spouse/domestic partner does not work; or is self-employed; or is an employee of USS.*

*My spouse/domestic partner is enrolled in a USS sponsored health plan and my spouse/domestic partner is also enrolled in health coverage through his/her employer.*

**Spouse/Partner Name:** \_\_\_\_\_

**Spouse/Partner Employer name:** \_\_\_\_\_

**Group #** \_\_\_\_\_

**Group Medical Plan Name:** \_\_\_\_\_

*My spouse/domestic partner is enrolled in a USS sponsored health plan and my spouse/domestic partner has health coverage available through his/her employer and has elected not to enroll in their health plan. I understand the \$100 monthly premium surcharge will be applied & authorize a deduction from my pay check on a pre-tax basis.*

### Important Notes:

- If this form is not received by November 30, 2020 and your spouse/domestic partner is enrolled in coverage, you will be charged the surcharge until this form is received.
- If your spouse/domestic partner loses or obtains health coverage through their employer, you have 31 days to notify the HR Department of such change.
- The HR Department needs to be notified in writing of this and all Family Status changes within 31 days of when the change occurred. Failure to notify the Human Resource Department in a timely manner will bar you from making a change until the next annual open enrollment period.

My signature below indicates that the facts set forth on this form are true and complete to the best of my knowledge. I also understand that if my spouses/domestic partners group health insurance status changes, it is my responsibility to notify the Human Resource Department in writing within 31 days of such change. Any false statements written on this form or on future forms as it relates to spousal/domestic partner health information shall be considered grounds for disciplinary action.

\_\_\_\_\_  
**Name (Please Print)**

\_\_\_\_\_  
**Signature**

\_\_\_\_\_  
**Employee ID #**

\_\_\_\_\_  
**Date**

Please send completed form to [Benefits@unitedsiteservices.com](mailto:Benefits@unitedsiteservices.com) .



## RECARGO DEL CÓNYUGE / ATENCIÓN MÉDICA DE PAREJA DOMÉSTICA

Se agregará un recargo mensual de \$ 100 para el cónyuge / pareja de hecho a su prima si ha elegido la cobertura para su cónyuge / pareja de hecho y su cónyuge / pareja de hecho es elegible para la cobertura a través de su empleador, pero elige no inscribirse. Si su cónyuge / pareja de hecho también trabaja para USS, no se aplica el recargo.

*Mi cónyuge / pareja de hecho está inscrito en un plan de salud patrocinado por USS y mi cónyuge / pareja de hecho no tiene cobertura médica disponible a través de su empleador; o mi cónyuge / pareja de hecho no trabaja; o trabaja por cuenta propia; o es un empleado de USS.*

*Mi cónyuge / pareja de hecho está inscrito en un plan de salud patrocinado por USS y mi cónyuge / pareja de hecho también está inscrito en la cobertura de salud a través de su empleador.*

**Nombre del cónyuge / pareja:** \_\_\_\_\_

**Nombre del empleador del cónyuge / pareja:** \_\_\_\_\_

**Grupo #** \_\_\_\_\_

**Nombre del plan médico grupal:** \_\_\_\_\_

*Mi cónyuge / pareja de hecho está inscrito en un plan de salud patrocinado por USS y mi cónyuge / pareja de hecho tiene cobertura médica disponible a través de su empleador y ha optado por no inscribirse en su plan de salud. Entiendo que se aplicará el recargo de prima mensual de \$ 100 y autorizo una deducción de mi cheque de pago antes de impuestos.*

### Notas importantes:

- Si este formulario no se recibe 30 días después de la inscripción y su cónyuge / pareja de hecho está inscrito en la cobertura, se le cobrará el recargo hasta que se reciba este formulario.
- Si su cónyuge / pareja de hecho pierde u obtiene cobertura médica a través de su empleador, tiene 31 días para notificar al Departamento de Recursos Humanos de dicho cambio.
- El Departamento de Recursos Humanos debe ser notificado por escrito sobre este y todos los cambios en el estado familiar dentro de los 31 días posteriores a la fecha en que ocurrió el cambio. El no notificar al Departamento de Recursos Humanos de manera oportuna le impedirá realizar cambios hasta el próximo período anual de inscripción abierta.

Mi firma a continuación indica que los hechos establecidos en este formulario son verdaderos y completos a mi leal saber y entender. También entiendo que si mi cónyuge / pareja de hecho cambia el estado del seguro médico grupal, es mi responsabilidad notificar al Departamento de Recursos Humanos por escrito dentro de los 31 días posteriores a dicho cambio. Cualquier declaración falsa escrita en este formulario o en formularios futuros en lo que respecta a la información de salud del cónyuge / pareja de hecho se considerará motivo de acción disciplinaria.

\_\_\_\_\_  
**Nombre (en letra de imprenta)**

\_\_\_\_\_  
**Firma**

\_\_\_\_\_  
**Empleado #**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

Envíe el formulario completo a [Benefits@unitedsiteservices.com](mailto:Benefits@unitedsiteservices.com).