

CALIFORNIA SERVICE EMPLOYEES HEALTH and WELFARE TRUST FUND

828 W Washington Blvd • Los Angeles CA 90015
Telephone (213) 747-7551 • (877) HWCASRV • (877) 492-2778

PARA: Todos los participantes elegibles con cobertura para su pareja de hecho

DE: Junta Directiva

ASUNTO: **Impuestos sobre la cobertura de parejas de hecho**

El Fondo de Fideicomiso ha permitido durante muchos años a los participantes incluir en la cobertura a sus parejas de hecho calificadas como dependientes al amparo del plan de salud. Este aviso explicará cómo se aplican los impuestos federales y estatales a los beneficios proporcionados a las parejas de hecho.

¿Por qué el participante debe pagar impuestos por los beneficios otorgados a su pareja de hecho?

Puesto que (en la mayoría de los casos) el Servicio de Impuestos Interno (IRS, por sus siglas en inglés) no considera a una pareja de hecho como un dependiente elegible para fines de la presentación de la declaración del impuesto sobre la renta, el valor de los beneficios proporcionados a una pareja de hecho se considera ingreso gravable para el participante. La sección 152 del Código del IRS establece que una pareja de hecho y sus hijos sólo pueden declararse como dependientes legales en un ejercicio fiscal si cumplen con todos los criterios durante la totalidad del año calendario. En términos generales, el IRS define a un dependiente como alguien que:

- Es un ciudadano, residente legal u originario de los EE. UU.
- Es considerado un miembro de su unidad familiar y el hogar de usted es su lugar de residencia
- Está en una relación con usted que no infringe las leyes locales
- Recibe de usted más de la mitad de su manutención

Si una pareja de hecho no califica como dependiente conforme a las reglas del IRS antes mencionadas durante todo el año, el valor de los beneficios proporcionados a la pareja de hecho se deben declarar como ingreso imputado para usted (el participante) y usted debe pagar impuestos sobre ese ingreso.

(Deberá consultar con un profesional en impuestos personales antes de declarar a su pareja de hecho o a los hijos de su pareja de hecho como dependientes conforme a la definición de la sección 152 del Código de Impuestos Internos (IRC, por sus siglas en inglés) antes de presentar su declaración de impuestos).

En lugar de informar a su empleador el valor de los beneficios proporcionados a su pareja de hecho para que lo incluya en su formulario W-2 como ingreso, la Oficina del Fondo del Fideicomiso aplica las tasas fiscales federales y estatales al valor de los beneficios y le factura a usted los impuestos trimestralmente, mismos que entonces remite al gobierno.

Cada año, la Oficina del Fondo le enviará un formulario W-2 que muestra el valor de la cobertura proporcionada a su pareja de hecho (ingreso imputado) para el año y los impuestos que usted remitió al Fondo.

Nota: si el Fondo de Fideicomiso le factura impuestos sobre ingreso imputado por el valor de los beneficios proporcionados a una pareja de hecho que sí cumplió con la definición de dependiente del IRC para el año en cuestión, cualquier impuesto sobre ingresos imputados que usted haya pagado se tomará en cuenta cuando se presente su declaración de impuestos y se determinen el impuesto total a pagar y su reembolso, de haberlo.

Impuestos estatales

El Estado de California permite ahora el registro de las parejas de hecho. Si su pareja de hecho califica conforme a la normatividad de California y además usted tiene registrada la unión libre con su pareja de hecho mediante la presentación de una Declaración de Pareja de Hecho ante el Secretario de Estado de California, no tendrá que pagar impuestos estatales sobre el valor de la cobertura de su pareja de hecho. Los impuestos federales seguirán siendo aplicables.

Cabe mencionar que las reglas para establecer la existencia de una pareja de hecho ante el Estado son más restrictivas que las reglas del Fondo de Fideicomiso. Para registrar a una pareja de hecho ante el Estado de California, la pareja debe ser:

- Una pareja del mismo sexo, o
- Una pareja del sexo opuesto únicamente si uno de los miembros de la pareja tiene 62 años o más y califica para ciertas prestaciones de discapacidad del Seguro Social.

Usted puede obtener un formulario de Declaración de Pareja de Hecho (y más información sobre los requisitos para registrar a una pareja de hecho en California) en las oficinas del Secretario de Estado en la oficina de cada Secretario del Condado. Los formularios están disponibles también en línea en www.ss.ca.gov/business/sf/sf_dp.htm

Para evitar pagar impuestos estatales sobre el valor de la cobertura de la pareja de hecho, debe enviar una copia registrada de la Declaración de Pareja de Hecho de California a la Oficina del Fondo de Fideicomiso. Si no se recibe, el Fondo de Fideicomiso le seguirá facturando tanto los impuestos estatales como los federales.

Si no se pagan los impuestos exigidos, se dará por terminada la cobertura de su pareja de hecho (y de los hijos de su pareja de hecho).

Si tiene preguntas sobre este anuncio, llame a la Oficina del Fondo de Fideicomiso.

CALIFORNIA SERVICE EMPLOYEES HEALTH and WELFARE TRUST FUND

REGLAS DE ELEGIBILIDAD PARA PAREJAS DE HECHO

1. Reglas de elegibilidad. Una persona puede volverse elegible como pareja de hecho de un empleado si se cumplen todos los requisitos siguientes y se elabora adecuadamente una solicitud, como se establece en el número 2 a continuación:
 - a. Las personas son la única “pareja de hecho” del otro y lo han sido durante al menos 6 meses consecutivos antes de firmar la Solicitud que se menciona en el inciso 2.a que aparece a continuación. “Pareja de hecho” se refiere a las personas que viven juntas en la misma residencia, tienen responsabilidad mancomunada por el bienestar y las obligaciones financieras comunes de ambos, y pueden presentar pruebas de dicha relación a solicitud de la Junta Directiva.
 - b. Ninguna de las personas está casada.
 - c. Las personas tienen dieciocho (18) años de edad o más.
 - d. Las personas son competentes para obligarse bajo un contrato.
 - e. Las personas no tienen una relación consanguínea más cercana de la que prohibiría un matrimonio legal en el Estado de California.
 - f. Toda unión libre anterior de cualquiera de las personas involucradas terminó no menos de seis (6) meses antes de la fecha en que se firmó la Solicitud que se menciona en el inciso 2.a que aparece a continuación.
2. Solicitud y fecha de entrada en vigor de la cobertura.
 - a. Solicitud inicial. Se debe presentar una Solicitud inicial para cobertura de pareja de hecho ante la Oficina del Fondo de Fideicomiso en la que se declare la intención del empleado de solicitar la cobertura de su pareja de hecho.
 - b. Dentro de los 30 días posteriores a la fecha de la presentación de la solicitud inicial, se debe presentar una declaración jurada y notariada de la unión libre con la pareja de hecho ante la Oficina del Fondo de Fideicomiso.
 - c. Dentro de los 90 días posteriores a la fecha de la presentación de la solicitud inicial, se deben presentar pruebas de la existencia de la unión libre ante la Oficina del Fideicomiso en forma de dos de las opciones siguientes:
 - Comprobante de cuenta bancaria mancomunada
 - Comprobante de contrato mancomunado de arrendamiento o de crédito hipotecario de su residencia mutua
 - Recibo mancomunado de servicios, p. ej. gas, electricidad, teléfono

CALIFORNIA SERVICE EMPLOYEES HEALTH and WELFARE TRUST FUND

- d. La elegibilidad para la pareja de hecho y cualquier hijo dependiente elegible empezará el primer día del mes siguiente a la fecha de recepción y aprobación por parte de la Oficina del Fondo de Fideicomiso de la declaración jurada y notariada de la unión libre y de las pruebas exigidas, siempre y cuando el empleado sea elegible de conformidad con las reglas de elegibilidad del Fideicomiso.
3. Terminación de la elegibilidad. La elegibilidad de una pareja de hecho terminará en la primera de las fechas siguientes:
- a. La fecha en que la unión libre, como la define el Plan, termine.
 - b. La fecha en que cualquiera de las partes firme una declaración de terminación de unión libre.

La fecha en que termine la elegibilidad del empleado.

CALIFORNIA SERVICE EMPLOYEES HEALTH and WELFARE TRUST FUND

SOLICITUD INICIAL PARA COBERTURA DE PAREJA DE HECHO

Yo, _____, por medio de la presente solicito la cobertura
Nombre del empleado (letra de molde o a máquina)

al amparo del Fondo de Fideicomiso para la Salud y el Bienestar de los Empleados de Servicio de California para _____,
Nombre de la pareja de hecho (letra de molde)

como mi pareja de hecho.

Entendemos que:

- a) dentro de los 30 días posteriores a esta fecha debemos completar una declaración jurada y notariada en la que ratifiquemos nuestra unión libre;
- b) dentro de los 90 días posteriores a esta fecha debemos presentar pruebas de la existencia de nuestra unión libre en una forma satisfactoria para el Fideicomiso;
- c) Los beneficios del Fideicomiso no serán pagaderos a mi pareja de hecho sino hasta que todos estos requisitos hayan sido satisfechos y, una vez cumplidos estos, únicamente si sigo siendo elegible de conformidad con las reglas de elegibilidad del Fideicomiso; y
- d) no se pagarán los beneficios de manera retroactiva por cualquier gasto incurrido antes de la fecha en que la Oficina del Fideicomiso recibiera y aprobara la declaración jurada y las pruebas exigidas.

Firma del empleado

Fecha

Firma de la pareja de hecho

Fecha

Dirección

CALIFORNIA SERVICE EMPLOYEES HEALTH and WELFARE TRUST FUND

DECLARACIÓN JURADA DE UNIÓN LIBRE

I. DECLARACIÓN

Nosotros, _____ y _____,
Nombre del empleado (letra de molde o a máquina) *Nombre de la pareja (letra de molde o a máquina)*

manifestamos que vivimos en unión libre como pareja de hecho de conformidad con los criterios siguientes. Entendemos que se requiere documentación de la existencia de esta unión, misma que proporcionaremos en dos de los formatos siguientes dentro de los 90 días posteriores a la fecha de presentación de nuestra Solicitud inicial:

- Comprobante de cuenta bancaria mancomunada
- Comprobante de contrato mancomunado de arrendamiento o de crédito hipotecario de su residencia mutua
- Recibo mancomunado de servicios, p. ej. gas, electricidad, teléfono

II. SITUACIÓN

1. Somos la única pareja de hecho del otro y tenemos la intención de permanecer así indefinidamente.
2. Ninguno de nosotros está casado con alguien.
3. Tenemos al menos dieciocho (18) años de edad y estamos en pleno uso de nuestras facultades mentales para obligarnos al amparo de un contrato.
4. No tenemos una relación consanguínea en un grado de cercanía que prohibiría un matrimonio legal en el Estado de California.
5. Residimos juntos en la misma residencia y tenemos la intención de hacerlo indefinidamente.
6. Tenemos una responsabilidad mancomunada por el bienestar y las obligaciones financieras comunes de ambos.
7. Cada uno de nosotros entendemos que la pareja de hecho que no es el empleado, así como sus dependientes, no tienen derechos para continuar la cobertura en el Plan conforme a la ley federal o estatal.

CALIFORNIA SERVICE EMPLOYEES HEALTH and WELFARE TRUST FUND

Firma del empleado

Fecha

Dirección del empleado

Firma de la pareja de hecho

Fecha

Dirección de la pareja de hecho

Estado de _____)

Condado de _____)

En _____ ante mí, _____
Fecha Nombre, puesto del funcionario p. ej. "Fulana de Tal, notario público")

comparecieron personalmente _____,
Nombre de los firmantes

[] a quienes conozco personalmente – **O** – [] quienes me proporcionaron pruebas satisfactorias de ser las personas cuyos nombres se indican en este instrumento y reconocieron que firmaban el mismo en su calidad de personas autorizadas y que mediante sus firmas en el instrumento las personas, o la entidad en cuya representación actuaban las personas, firmaron el instrumento.

EN FE DE LO CUAL estampo mi firma y sello oficial.

Firma del notario público

CALIFORNIA SERVICE EMPLOYEES HEALTH and WELFARE TRUST FUND

III. CAMBIO EN LA UNIÓN LIBRE

1. Aceptamos notificar a la Oficina del Fondo de Fideicomiso en caso de cualquier cambio en nuestra situación como pareja de hecho como se certifica en esta declaración jurada que hiciera que ya no fuéramos elegibles para los beneficios del Plan (por ejemplo, un cambio en la residencia conjunta) o si ya no somos la única pareja de hecho del otro. Notificaremos a la Oficina del Fondo de Fideicomiso dentro de los treinta y un (31) días posteriores a dicho cambio mediante la presentación de una declaración de terminación de unión libre (“Declaración de terminación”). La Declaración de Terminación ratificará que se ha concluido la situación de unión libre a la fecha de la firma y que la parte que autoriza dicha acción envió una copia de la Declaración de Terminación a la otra parte.

2. Después de dicha terminación, yo, _____,
Nombre del empleado

entiendo que no se puede presentar otra declaración jurada de unión libre sino hasta 6 meses después de que se haya presentado la Declaración de Terminación ante la Oficina del Fondo de Fideicomiso. El período de espera de seis (6) meses será exentado únicamente si se presenta una Solicitud inicial para la misma pareja de hecho dentro de los treinta y un (31) días posteriores a la fecha de presentación de la Declaración de Terminación.

IV. RECONOCIMIENTOS

1. Entendemos que cualquier persona, empleador, empresa o fondo que sufra pérdida alguna debido a una aseveración falsa contenida en esta declaración jurada puede entablar una demanda civil contra cualquiera de nosotros, en lo individual o en conjunto, a fin de recuperar sus pérdidas, lo que incluye un monto razonable de honorarios legales.
2. Proporcionamos la información en esta declaración jurada para su uso por parte del Fondo de Fideicomiso para la Salud y el Bienestar de los Empleados de Servicio de California para el único fin de determinar nuestra elegibilidad de recibir los beneficios para las parejas de hecho.
3. Declaramos so pena de condena por falso testimonio, conforme a las leyes del Estado de California, que las aseveraciones contenidas en esta declaración jurada son verdaderas y correctas, a nuestro leal saber y entender.
4. Entendemos que el valor justo de mercado de la cobertura provista a

_____ será considerado ingreso
Pareja de hecho

gravable para _____
Empleado

CALIFORNIA SERVICE EMPLOYEES HEALTH and WELFARE TRUST FUND

DECLARACIÓN DE TERMINACIÓN DE UNIÓN LIBRE

Yo, _____, por medio de la presente
Empleado o pareja de hecho (letra de molde o a máquina)

declaro que:

1. _____ y yo ya no somos pareja de hecho.
nombre del empleado o pareja de hecho (en letra de molde)
2. Hago y presento esta declaración de terminación a fin de cancelar la declaración jurada de unión libre presentada por nosotros ante el Fondo de Fideicomiso para la Salud y el Bienestar de los Empleados de Servicio de California el _____.
Fecha
3. Envié por correo postal a mi expareja de hecho una copia de este aviso a _____ el _____.
Dirección *Fecha*
4. Entiendo que no podré presentar otra declaración jurada de unión libre sino hasta que hayan transcurrido seis meses a partir de esta fecha.

Declaro, so pena de condena por falso testimonio, conforme a las leyes del Estado de California, que las aseveraciones anteriores son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender.

Firma: _____

En letra de molde: _____

Dirección: _____

Fecha: _____