



## Declaración jurada para el programa de asistencia para el pago de primas de seguro médico 2018

Datos del asociado		
Nombre		Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)
ID del asociado (número S)	Número de teléfono	Correo electrónico
Lugar de trabajo	Domicilio personal	

Mencione a cada una de las personas que forman su grupo familiar, incluido usted mismo, y los ingresos mensuales de cada una. Si lo necesita, use otra hoja de papel.

Nombre	Edad	Parentesco	Ingreso mensual bruto
1.		Usted mismo	
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

Por el presente documento, yo, \_\_\_\_\_, doy fe de que la información provista en esta declaración jurada es verdadera y correcta, e incluye todos los ingresos de mi grupo familiar, de cada una de las personas que viven conmigo. Autorizo a SCL Health a usar la información que he proporcionado a los fines de determinar mi elegibilidad para el Programa de asistencia para el pago de primas de seguro médico (el «Programa»).

Entiendo que si, a sabiendas e intencionalmente, proporciono información o datos falsos, incompletos o que lleven a confusión en cualquier formulario de beneficios u otro documento, con el objeto de defraudar o intentar defraudar a SCL Health, estaré sujeto a medidas disciplinarias que podrían alcanzar el reembolso de los subsidios de la prima recibidos en virtud de este Programa, la inhabilitación permanente para participar en el programa desde ese momento y la pérdida de mi empleo.

Entiendo que si ya no reúno los requisitos de elegibilidad para el Programa, debo notificar a Recursos Humanos tan pronto como me sea posible. (Si, por ejemplo, usted o su cónyuge reciben un aumento de salario y, en consecuencia, el total proyectado de los ingresos brutos excede los montos mencionados arriba, debe notificar a HR Service Center, llamando al 855-412-3701 o por correo electrónico a SO-HRSsupport@sclhs.net.)

Entiendo que SCL Health no me está asesorando respecto de ninguna posible consecuencia impositiva asociada con recibir el subsidio para el pago de primas. Si tengo alguna duda respecto de los impuestos, consultaré a un asesor impositivo.

Entiendo que SCL Health puede, de manera aleatoria, hacer una auditoría de los participantes del programa para verificar el ingreso bruto del grupo familiar y puede solicitar el Formulario 1040 del IRS o una copia oficial de la declaración de impuestos del IRS. Si estoy casado (incluso si estoy en concubinato) o brindo cobertura a un LDA, SCL Health puede solicitar copias de los comprobantes de pago y del Formulario 1040 del IRS del cónyuge o el LDA, si los declaro por separado.

\_\_\_\_\_  
Firma del asociado

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Envíe esta declaración jurada completa a HR Service Center:  
por fax al 303-813-5240 o por correo electrónico a SO-HRSsupport@sclhs.net**

# Preguntas frecuentes

## ¿Cuál es el objetivo de este programa?

Con el fin de llevar adelante la misión de SCL Health, hemos asumido el compromiso de brindar cobertura médica accesible a nuestros asociados y sus dependientes elegibles. Factores como el número de personas que trabajan dentro del grupo familiar o el número de miembros que forman el grupo familiar pueden afectar de manera contundente la capacidad de una persona de acceder a un seguro médico, y esa es la razón por la cual nuestro programa toma en cuenta el tamaño y los ingresos del grupo familiar. Los asociados que reúnen los requisitos reciben el 75 % de descuento en el plan médico SCL Health que elijan.

## ¿Quiénes son elegibles para acceder a una reducción en el costo de las primas de seguro médico?

El Programa de asistencia para el pago de primas de seguro médico ofrece a los asociados permanentes de tiempo completo primas de seguro médico a precio reducido en función de los siguientes criterios relacionados con los ingresos y el tamaño de la familia:

Tamaño de la familia	Ingresos anuales del grupo familiar
<b>Uno:</b> solamente usted	\$37 000 o menos
<b>Dos o más:</b> usted más una o más personas que vivan en su casa y sean dependientes a los fines impositivos	\$49 000 o menos

## ¿Cómo determino cuál es el ingreso bruto total de mi grupo familiar?

El ingreso bruto incluye todos los ingresos que una persona recibe durante un año que no estén explícitamente exentos de impuestos, por ejemplo:

- Sueldos, salarios, propinas
- Ingresos no ganados, como los dividendos, los intereses y las pensiones
- Pensión alimenticia
- Indemnización por desempleo
- Ingresos por rentas o propiedades personales

La manutención para los niños en general no se considera un ingreso.

## ¿Cómo determino el tamaño de mi familia?

Cuando cuente los miembros de su grupo familiar, siga estas reglas básicas:

- Si está casado, incluya a su cónyuge.
- Si piensa declarar a alguien como dependiente a los fines impositivos para el año para el cual desea la cobertura, **inclúyalo** en su declaración jurada. Si no declarará a alguien como dependiente **no** lo incluya.
- Incluya a su cónyuge y a sus dependientes, aun cuando no necesiten cobertura médica a través de SCL Health.

Obtenga más información sobre [a quiénes puede declarar como dependientes a los fines impositivos ante el IRS](#).

## ¿Cómo y cuándo puedo solicitarlo?

Solo complete la declaración privada, en la página anterior, y preséntela a HR Service Center enviándola por fax al 303-813-5240 o por correo electrónico a [SO-HRSupport@sclhs.net](mailto:SO-HRSupport@sclhs.net).

## ¿Qué sucede si mi situación cambia?

Si se produce algún cambio en los ingresos del grupo familiar o en el tamaño de la familia, puede hacer los cambios comunicándose con HR Service Center. Esto incluye pasar a ser elegible para el programa, aunque no haya reunido los requisitos en el pasado, o ya no calificar debido a un aumento en los ingresos o a una reducción en la cantidad de dependientes.

## ¿Con quién debo hablar si tengo alguna pregunta?

Puede comunicarse con HR Service Center llamando al 855-412-3701 o al 303-813-5250, o enviando un correo electrónico a [SO-HRSupport@sclhs.net](mailto:SO-HRSupport@sclhs.net).