



Fondo Fiduciario de los Albañiles del Cemento del Norte de California

4160 Dublín Blvd, Suite 100, Dublín, CA 94568 | Teléfono: (707) 864-3300 o (888) 245-5005

Correo electrónico: nccminfo@hsba.com

SSN: _____

Declaración jurada para la cobertura de hijo de acogida o de hijastro

Yo, (nombre) _____, certifico que el siguiente hijo de acogida o hijastro o hijastros, menores de 19 años de edad, residen en mi hogar y dependen exclusivamente de mí para su manutención. En caso de que alguna de las condiciones anteriores cambie antes de que el hijastro o hijastros cumplan 19 años, lo notificaré inmediatamente al Fondo Fiduciario de Salud y Bienestar de los Albañiles del Cemento del Norte de California.

NOMBRE DEL NIÑO	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN

Debe marcar la casilla correspondiente:

- ☐ Cubierto por el seguro del padre/madre natural.
- ☐ Percibiendo o con derecho a percibir una pensión alimenticia por hijo o hijos.
- ☐ Percibiendo prestaciones de la Seguridad Social por hijo o hijos.
- ☐ Figuraba como dependiente en mi última declaración del impuesto federal sobre la renta. Por favor, proporcione una copia del formulario 1040.
- ☐ Tengo previsto declarar como dependiente en mi (indicar el año) ____ Declaración del impuesto Federal sobre la Renta. Por favor, proporcione copia del formulario 1040 cuando lo presente.
- ☐ Ninguna de las anteriores.

Certifico o declaro, bajo pena de perjurio, que lo anterior es cierto y correcto y que esta certificación ha sido ejecutada por mí dentro del Estado de _____ en este _____ día de _____, 20__ en

Firma _____