

UFCW Health and Welfare Fund of Northeastern Pennsylvania

Wise Foods Spousal Surcharge Waiver Form

VERSION: 08/24/26

Participants will pay a monthly \$100 surcharge to cover their spouse under the UFCW Health and Welfare Fund of Northeastern Pennsylvania's medical plan. However, the surcharge may be waived under certain circumstances.

To apply for a waiver of the spousal surcharge, you must complete this form and return it to the Fund Office for receipt by **September 30, 2026**. The Fund will make a determination of a participant's eligibility for a waiver based on the information provided below and as supplemented by a participant in accordance with the Fund's request. A participant will be notified only if his/her request for a waiver of the spousal surcharge is denied.

NOTE: Failure to return this form to the Fund Office or failure to provide full and complete information will result in a denial of the application. If a form is received after the deadline, and a waiver is approved, the surcharge will be lifted as soon as administratively feasible thereafter. Spousal Surcharge refunds will not be issued.

General Information

Full Name:	Last 4 Digits of Social Security Number:
Please review the statements below, check all that apply, and fill in the blanks.	
My spouse is:	
☐ Not employed;	
☐ Employed, but his/her employer does not offer any medical coverage to employees;	
☐ Employed, but he/she will not be eligible for medical coverage until _____;	
☐ Employed, but is not eligible for medical coverage because he/she does not work enough hours to qualify for medical coverage;	
☐ Employed. The cost of single medical coverage to my spouse is \$ _____ /month;	
☐ Employed, but the coverage offered does not meet "minimum value" standards under the ACA;	
☐ Self-employed and does not have medical coverage; or	
☐ Other reason: _____.	
*Note: Your spouse's employer may be required to verify if they offer employer-sponsored coverage to employees by completing a Spousal Surcharge Waiver Employer Verification Form. If applicable, the Fund Office will send a copy of this form to you via mail.	
Spouse's Name:	Spouse's Employer's Address:
Spouse's Employer's Name:	
Spouse's Employer's Phone Number:	
If self-employed, please provide Business Tax ID Number: (If SSN is used instead of Tax ID, so indicate)	

- OVER -

UFCW Health and Welfare Fund of Northeastern Pennsylvania

Participant Request, Attestation and Agreement

I hereby request a waiver of the spousal surcharge for medical coverage.

I hereby affirm and attest that the information provided herein is true, complete and correct to the best of my knowledge, information, and belief.

I understand and agree that the Fund may require additional information or documentation in connection with my request for a waiver at any time, and that I am obligated to provide it.

I also understand and agree that should my spouse's eligibility for medical coverage change, I must promptly notify the Fund office at 610-941-9400, or toll free at 1-800-458-8618, and provide such additional information or documentation as the Fund may request.

I acknowledge and agree that the Fund reserves the right to suspend or terminate my medical coverage, and that of my dependents, if it has a reasonable basis to believe that I have provided incomplete, false, misleading or inaccurate information in connection with my request for a waiver.

I also acknowledge and agree that the Fund will recover from me and/or my eligible dependents any costs incurred as a result of my provision of incomplete, false, misleading, or inaccurate information, or as a result of my failure to notify the Fund of a change in my spouse's eligibility for medical coverage.

Moreover, I acknowledge and agree that the Fund will recover such costs by suspending my benefits, or by any other means available to the Fund.

Participant Signature: _____ **Date:** _____

Fondo de Salud y Bienestar UFCW, Noreste de Pensilvania

Wise Foods Formulario para solicitador exoneración del recharge por cónyuge

VERSIÓN: 08/26/2026

Los y las participantes pagarán un recargo de \$100 por cobertura médica de cónyuge en el Fondo de Salud y Bienestar UFCW, Noreste de Pensilvania. Sin embargo, en ciertas circunstancias, corresponde la exoneración de tal recargo. Para solicitar la exoneración, completar el presente formulario y devolverlo a la Oficina del Fondo para ser recibido a más tardar el **30 de septiembre de 2026**. El Fondo determinará si corresponde que el o la participante obtenga la exoneración de acuerdo con la información proporcionada a continuación y con otras informaciones o documentaciones que deberá integrar si el Fondo lo solicitara. El o la participante recibirá una notificación únicamente en caso de que la solicitud sea rechazada.

NOTA: No devolver este formulario a la Oficina del Fondo o no proporcionar información completa y completa resultará en la denegación de la solicitud. Si ssspe recibe un formulario después de la fecha límite y se aprueba una exención, el recargo se levantará con efecto tan pronto como sea administrativamente posible a partir de entonces. No se emitirán reembolsos de recargo por cónyuge.

Información General

Nombre de participante:	Últimas cuatro cifras del número de seguridad social:
Se deben leer con atención las siguientes afirmaciones, marcar todas las que correspondan y completar los espacios en blanco.	
Mi cónyuge:	
☐ no tiene empleo;	
☐ tiene empleo, pero la empresa empleadora no ofrece cobertura médica a empleados o empleadas;	
☐ tiene empleo, pero no va a tener cobertura médica hasta _____;	
☐ tiene empleo, pero no tiene derecho a cobertura médica porque no trabaja una cantidad	
☐ suficiente de horas para acceder a ese beneficio;	
☐ tiene empleo, pero el costo de la cobertura médica individual de mi cónyuge es \$ _____/mes;	
☐ tiene empleo, pero la cobertura ofrecida no cumple con las normas de «valor mínimo» de atención	
☐ de salud asequible (ACA);	
☐ trabaja en forma independiente y no tiene cobertura médica;	
☐ otro motivo: _____.	
*Nota: Es posible que el empleador de tu cónyuge tenga que confirmar si ofrece cobertura patrocinada por el empleador para los empleados completando un Formulario de Verificación de Exención del Recargo Conyugal para el Empleador. Si corresponde, la Oficina de Fondos te enviará una copia de este formulario por correo.	
Nombre de cónyuge:	Dirección de empleador o empleadora de cónyuge:
Nombre de empleador o empleadora de cónyuge:	
Número de teléfono de empleador o empleadora de cónyuge:	
Si el o la cónyuge trabaja en forma independiente, número de contribuyente (Business Tax ID #): (Si usa el número de seguridad social en vez del número de contribuyente, indicarlo)	

- SIGUE -

Fondo de Salud y Bienestar UFCW, Noreste de Pensilvania

Solicitud, Declaración y Acuerdo de Participante

Solicito la exoneración del recargo por cónyuge en mi plan de cobertura médica.

Declaro y certifico que la información proporcionada es fiel, completa y correcta a mi leal saber y entender.

Entiendo y acepto que el Fondo podrá exigir en cualquier momento información adicional o documentación relacionada con mi solicitud de exoneración y que tengo la obligación de proporcionarla.

Entiendo y acepto, asimismo, que si hay algún cambio en cuanto a la elegibilidad de mi cónyuge para la cobertura médica, debo notificarlo sin demora a la oficina del Fondo, al número 610-941-9400, o al número gratuito 1-800-458-8618, así como proporcionar la información o documentación adicional que el Fondo pueda solicitarme.

Reconozco y acepto que el Fondo se reserva el derecho de suspender o cancelar mi cobertura médica y la de mis dependientes, si tiene motivo razonable para creer que he proporcionado información incompleta, falsa, engañosa o inexacta en relación con mi solicitud de exoneración.

Reconozco y acepto, además, que el Fondo podrá recuperar, de mí y/o de mis dependientes elegibles, los costos en que se incurriera como consecuencia de que yo hubiera proporcionado información incompleta, falsa, engañosa o inexacta, o como resultado de que yo no hubiera notificado al Fondo acerca de algún cambio en la elegibilidad de mi cónyuge con respecto a la cobertura médica.

Además, reconozco y acepto que el Fondo podrá recuperar tales costos mediante la suspensión de mis beneficios, o por cualquier otro medio que el Fondo tenga a disposición.

Firma del o de la participante: _____ **Fecha:** _____