



Declaration of Domestic Partnership for Health Care

Complete and mail to United Agricultural Benefit Trust,
54 Corporate Park, Irvine, CA 92606.5105; 800.223.4590; Fax 949.975.1573

We, the undersigned, do declare that we meet the requirements of Domestic Partners:

- We share a common residence;
- We have resided together for at least six (6) consecutive months;
- We agree to be jointly responsible for each other's basic living expenses incurred during our do-mestic partnership;
- Neither of us is married or a member of another domestic partnership;
- We are not related by blood in any way that would prevent us from being married to each other in our state of residence;
- We are both at least 18 years of age;
- We are both capable of consenting to the domestic partnership; and
- Neither of us has previously filed a Declaration of Partnership with the Secretary of State of our state of residence or any other state that has not been terminated.

The representations herein are true, correct and contain no material omissions of fact to our best knowledge and belief. Upon termination of this relationship we will file a Notice of Termination of Domestic Partnership.

Sign and print complete name – if not printed legibly, application will be rejected.
Signatures of both partners must be notarized.

Signature

First Name, Middle Name, Last Name, Social Security Number

Signature

First Name, Middle Name, Last Name, Social Security Number

Common Residence Address, City, State, Zip Code

Mailing Address, City, State, Zip Code

NOTARIZATION IS REQUIRED

State of California
County of _____

On this ____ day of _____, 20__, before me, _____ the undersigned notary, personally appeared _____ and _____ personally known to me (or proved to me through identification documents allowed by law which were _____) to be the persons whose names are subscribed to the within instrument and acknowledge to me that they voluntarily executed this document for the purpose of formalizing and au-thenticating their Domestic Partnership.

Signature of Notary

(Notary Seal)



Declaración de Relación Doméstica para Asuntos de Cuidados Médicos

Favor de llenar esta forma y enviar por correo a United Agricultural Benefit Trust, 54 Corporate Park, Irvine, CA 92606.5105; 800.223.4590; Fax 949.975.1573

Nosotros, los abajo firmantes, declaramos que cumplimos con los requisitos de Pareja Doméstica:

- Compartimos la misma casa;
- Hemos vivido juntos durante por lo menos 6 (seis) meses consecutivos;
- Estamos de acuerdo en ser responsables mancomunados de los gastos básicos de ambas partes en los que se incurran durante nuestra relación doméstica como pareja;
- Ninguno de nosotros está casado ni somos parte de ninguna otra relación doméstica;
- Nosotros no tenemos ninguna relación sanguínea que nos impida casarnos en el Estado en donde residimos;
- Ambos tenemos por lo menos 18 años de edad;
- Ambos somos capaces de consentir y/o aceptar esta relación doméstica; y
- Ninguno de nosotros ha presentado previamente una Declaración de Pareja ante la Secretaría de Estado en el estado en donde tenemos nuestra residencia o en otro estado, que no haya sido anulada.

Las declaraciones aquí expresadas son ciertas, correctas y no omiten detalles importantes, de acuerdo a nuestro conocimiento y creencia. Al término de esta relación, nosotros presentaremos una Notificación de Terminación de la Relación Doméstica.

Favor de firmar y escribir con letra de molde el nombre completo – si la información no es legible, la solicitud será rechazada. Las firmas de ambas partes deben de ser certificadas por Notario Público.

Firma

Nombre(s) y Apellido(s) Completos y Número de Seguro Social

Firma

Nombre(s) y Apellido(s) Completos y Número de Seguro Social

Dirección de su Residencia Común, Ciudad, Estado, Código Postal

Dirección para recibir notificaciones/correo, Ciudad, Estado, Código Postal

REQUIERE CERTIFICACIÓN DE NOTARIO PÚBLICO

Estado de California

Condado de _____

Este día ____ del mes de _____, de 20__, ante mí, _____ el Notario que suscribe este documento, comparecen personalmente _____ y _____ a quienes conozco personalmente (o han comprobado su personalidad ante mi por medio de documentos legales de identificación _____) ser las personas cuyos nombres se suscriben dentro de este documento y afirman ante mi que han firmado voluntariamente este documento con el propósito de formalizar y legalizar su Relación Doméstica.

Firma del Notario Público

(Sello Oficial del Notario Público)