



- DBA -



General Affidavit under Oath

I, _____ (“Declarant”), am a resident of _____, County of _____, State of _____, and do hereby certify, swear or affirm, and declare that I am competent to give the following declaration based on my personal knowledge, unless otherwise stated, and that the following facts and things are true and correct to the best of my knowledge (*insert facts*):

- I hereby attest that I ***have used*** tobacco or nicotine, including nicotine substitutes (e.g., patches or gum) within the last 90 days. I understand that I will pay the higher tobacco user health insurance premium. (*Check one*)
 - Nicotine products (cigar, cigarettes, pipe, chew, snuff, etc.)
 - Nicotine supplement (nicotine patch, gum, lozenge, etc)

- I hereby attest that I ***have not*** used any form of tobacco or nicotine, including nicotine substitutes (e.g. patches or gum) within the last: (*Check one*). I understand that if I begin using tobacco or nicotine that I am required to immediately complete a new Affidavit form and begin paying the higher tobacco user health insurance premium.
 - 90 days
 - 12 months
 - 2 years or longer
 - Never

MISREPRESENTATION OF TOBACCO USE NOTICE

I agree and acknowledge:

Any material misrepresentation made by me on this form, including my tobacco/nicotine use history, is considered a falsification of my employment record. Based on this falsification, Hog Slat Inc. reserves the right to 1) immediately increase my health insurance premium to the tobacco user health plan premium 2) recoup the difference in the tobacco user health plan premium and the non tobacco user health plan premium for all months back to the beginning of the current benefit year and 3) impose additional disciplinary action up to and including termination of employment.

WITNESS my signature this _____ day of _____ (year and month).

Signature of Declarant



Declaración jurada general bajo juramento

Yo, _____ ("Declarante"), residente de _____, municipio de _____, estado de _____, por la presente certifico, juro o afirmo, y declaro que soy competente para emitir la siguiente declaración sobre la base de mi conocimiento personal, a menos que se indique lo contrario, y que los hechos y las cosas a continuación son verdaderos y correctos según mi conocimiento (*introducir los hechos*):

- Por la presente certifico que **he consumido** tabaco o nicotina, incluyendo sustitutos de la nicotina (por ejemplo, parches o chicles) en los últimos 90 días. Entiendo que pagaré la prima de seguro de salud para consumidores de tabaco, la cual es más cara. (*Marque una opción*)
 - Productos con nicotina (cigarros, cigarrillos, pipas, tabaco de mascar, tabaco en polvo, etc.)
 - Suplementos de nicotina (parches de nicotina, chicles, pastillas, etc.)

- Por la presente certifico que **no** he consumido ninguna forma de tabaco o nicotina, ni sustitutos de la nicotina (como parches o chicles) en los últimos: (*marque una opción*). Entiendo que si empiezo a consumir tabaco o nicotina, se me exigirá completar de inmediato un nuevo formulario de declaración jurada y comenzar a pagar la prima de seguro de salud para consumidores de tabaco, la cual es más cara.
 - 90 días
 - 12 meses
 - 2 años o más
 - Nunca

AVISO DE DECLARACIÓN FALSA SOBRE CONSUMO DE TABACO

Acepto y reconozco que:

Cualquier declaración falsa que haya hecho en este formulario, incluyendo mi historial de consumo de tabaco/nicotina, se considera una falsificación de mi historial laboral. En base a esta falsificación, Hog Slat Inc. se reserva el derecho a: 1) aumentar inmediatamente la prima de seguro de salud a la prima de seguro de salud para consumidores de tabaco 2) recuperar la diferencia entre la prima del plan de salud para consumidores de tabaco y la prima del plan de salud para no consumidores de tabaco de cada mes desde el comienzo del presente año de beneficios y 3) imponer acciones disciplinarias complementarias que podrán incluir el cese del empleo.

DOY FE con mi firma en este día _____ de _____ (año y mes).

Firma del Declarante