



c/o Alight Solutions
PO Box 420188
Atlanta, GA 30342

John Tables
9755 Dogwood Road, Suite 360
Roswell, GA 30075

**THIS LETTER HAS IMPORTANT
INFORMATION ABOUT YOUR DEPENDENT
COVERAGE UNDER THE MOHAWK
INDUSTRIES HEALTH CARE PLAN.
PLEASE READ CAREFULLY AND RESPOND
BY THE VERIFICATION END DATE SHOWN
BELOW OR YOUR DEPENDENTS MAY
LOSE CONTINUED HEALTH COVERAGE.**

PARA ESPAÑOL VER AL OTRO LADO

REFERENCE NUMBER: 112-987654321

August 5, 2020

VERIFICATION END DATE: August 30, 2020

Please note: If you have completed a dependent verification before, you may only need to send in the Spousal Healthcare Eligibility Affidavit. Please read carefully to make sure you send in required documents.

You have just enrolled a dependent on the Mohawk Health Care Plan. For Mohawk to give you the highest level of benefits and to control unnecessary spending, Mohawk Industries wants to make sure that only eligible dependents are enrolled for health care benefits. We retained the services of Alight Solutions to review all Mohawk dependents enrolled in the Health Care Plan and to verify that they meet the Mohawk plan requirements for eligibility. Alight Solutions will help you with this dependent eligibility process. They will answer your questions, review your verification documents, and in situations where a dependent is not eligible for our plan, Alight Solutions will help you find the most affordable alternative health coverage available.

To continue coverage for your eligible dependents, follow these steps by the Verification End Date:

1. Read the Dependent Eligibility Matrix (pages 2 - 4)
2. Fill out the Dependent Verification Affidavit (page 5)
3. If your spouse is being verified, fill out the Spousal Health Care Eligibility Affidavit (page 6)
4. Send in **ALL REQUIRED AFFIDAVITS AND VERIFICATION DOCUMENTS** listed on the Matrix by the Verification End Date listed above. Send documents in any of these ways:
 - Toll Free Fax: 1 (888) 205-0425
 - Online: sentry.smartben.net/MohawkInd (Use your Reference Number at the top of this page)
 - Mail: Alight Solutions, PO Box 420188 Atlanta, GA 30342

If you do not send in all required documents by the verification end date listed above, your dependents will be removed from Mohawk Health Care Plan coverage.

Mohawk Industries respects your privacy, which is why we are taking several steps to ensure that your personal and confidential information is protected. When submitting the dependent verification documents, original or certified documents are not required – copies are acceptable. In addition, you will not be required to provide account numbers or financial information on any submissions – this data should be blacked out. If you have questions, you may contact Alight Solutions at MohawkInd-mail@depconfirm.com or toll-free at 1 (877) 308-9157 from 8 A.M. to 8 P.M. EST Monday through Friday.

Respectfully,

Mohawk Industries Benefits



**ESTE ANUNCIO CONTIENE
INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE SU
COBERTURA DE DEPENDIENTES CON EL
PLAN DE SALUD DE MOHAWK Y DAL-
TILE/UNILIN. FAVOR LEER ESTE
DOCUMENTO ATENTAMENTE Y
RESPONDER PARA LA FECHA LÍMITE O
SUS DEPENDIENTES PODRÍAN PERDER
SU COBERTURA.**

Numero de empleado: (ver número de referencia al otro lado)

FECHA LÍMITE: (ver la fecha límite al otro lado)

Si usted ya había completado una verificación de dependientes con Mohawk Industries, es posible que solo necesite enviar la declaración jurada de elegibilidad del esposo(a). Favor leer todos los documentos adjuntos en este paquete para asegurar el envío de documentos requeridos para la verificación.

Usted se inscribió en el plan de salud de Mohawk. Mohawk ha tomado medidas para asegurar que sólo los dependientes elegibles estén inscritos en los beneficios de salud. Alight Solutions estará a cargo de la verificación de dependientes inscritos en su plan de salud y lo ayudará a usted paso a paso con este proceso. Responderán a sus preguntas, procesarán sus documentos para la verificación y durante situaciones en que un dependiente no es elegible para nuestro plan, Alight Solutions le ayudará a buscar el plan más asequible de cobertura alternativa.

Para continuar con la cobertura de sus dependientes elegibles, se deben seguir los siguientes pasos antes de la fecha límite (revisar arriba):

1. Revise atentamente la Matriz De Elegibilidad (páginas 2s – 4s)
2. Lea y complete la Declaración Jurada De Verificación y mirar matriz (página 5s)
3. Si su esposo(a) está siendo verificado complete la declaración jurada de verificación del esposo(a) (página 6s)
4. Por favor envíe la documentación requerida antes de que se cumpla la fecha límite. Usted puede enviar los documentos de la siguiente manera.
 - Fax gratuito: 1 (888) 205-0425
 - En línea: sentry.smartben.net/MohawkInd (Utilice su número de empleado, el cual se muestra en la parte superior)
 - Correo: Alight Solutions, LLC, PO Box 420188 Atlanta, GA 30342

Si usted no envía los documentos requeridos para la fecha límite, sus dependientes van a ser removidos del plan de salud de Mohawk.

Mohawk Industries respeta su privacidad, y por eso tomamos medidas para asegurar que su información personal y sensible esté protegida. Tenga en cuenta que no se requiere que envíe los documentos originales o certificados, se aceptan copias. Además, no se requiere presentar sus números de cuenta o información financiera. Usted puede revisar de manera segura su verificación de elegibilidad en cualquier momento por medio del sitio sentry.smartben.net/MohawkInd y registrarse utilizando su número de empleado (mostrado arriba). Si tiene preguntas comunicarse con Alight Solutions MohawkInd-mail@deconfirm.com, o llamar gratuitamente al 1 (877) 325-9045 desde las 8 A.M. a 8 P.M. EST de lunes a viernes.

Atentamente,
El Departamento de beneficios de Mohawk Industries.

If your spouse has completed a verification with Alight Solutions before, you may only need to send in a **Spousal Healthcare Eligibility Affidavit**. If you are unsure, call 1-877-308-9157.

	#	Dependent Type	Eligibility Criteria	Documents Required For Verification
Spouse	1	Unemployed, Eligible for Medicare, US Veteran, Works at Mohawk	<ul style="list-style-type: none"> The person is your legal spouse (excluding Common Law) AND Does not have a job OR is eligible for Medicare OR is a US Veteran OR works for Mohawk Industries 	<ol style="list-style-type: none"> Marriage certificate AND One joint marital document dated within the past six months. (Examples: a joint household bill, joint bank/credit account, joint mortgage or lease, front page of your 2019 jointly filed federal tax, front page of your 2019 individually filed federal tax returns both showing the same mailing address) AND Spousal Health Care Eligibility Affidavit
	2	Employed Without Access to Health Coverage at The Job	<ul style="list-style-type: none"> The person is your legal (excluding Common Law) AND Has a job and <i>does not have access</i> to health coverage at that job 	<ol style="list-style-type: none"> Marriage certificate AND One joint marital document dated within the past six months. (Examples: a joint household bill, joint bank/credit account, joint mortgage or lease, front page of your 2019 jointly filed federal tax, front page of your 2019 individually filed federal tax returns both showing the same mailing address) AND Spousal Health Care Eligibility Affidavit
	3	Employed With Access to Health Coverage at The Job	<ul style="list-style-type: none"> The person is your legal spouse (excluding Common Law) AND Has a job and <i>has access</i> health coverage at that job 	<ol style="list-style-type: none"> Marriage certificate AND One joint marital document dated within the past six months. (Examples: a joint household bill, joint bank/credit account, joint mortgage or lease, front page of your 2019 jointly filed federal tax, front page of your 2019 individually filed federal tax returns both showing the same mailing address) AND Spousal Health Care Eligibility Affidavit
Common Law Spouse	4	Common Law Spouse	<ul style="list-style-type: none"> This person is currently your Common-Law Spouse as recognized in the states of: AL (If created before 1/1/2017), CO, GA (if created before 1/1/1997), ID (if created before 1/1/1996), IA, KS, MT, OH (if created before 10/10/1991), OK, NH (for inheritance purposes), PA (if created before 1/1/05), RI, SC, TX, UT, and the District of Columbia. 	<ol style="list-style-type: none"> Affidavit of Common Law Marriage (available at www.mymohawkbenefits.com or by contacting Alight Solutions) AND One joint marital document dated within the past six months. (Examples: a joint household bill, joint bank/credit account, joint mortgage or lease, front page of your 2019 jointly filed federal tax, front page of your 2019 individually filed federal tax returns both showing the same mailing address) AND In those states with pre-dated qualifications (GA, ID, OH, AL and PA), a form of documentation that shows proof of joint residency or property ownership prior to the qualifying date AND Spousal Health Care Eligibility Affidavit

Si usted ya había completado una verificación de dependientes con Mohawk, usted solo debe enviar **La Declaración Jurada de Elegibilidad del Esposo(a)**. Si no está seguro por favor contacte 1-877-308-9157.

	#	Tipo de dependiente	Criterios de elegibilidad	Documentos requeridos para la verificación
Esposo(a)	1	No tiene trabajo, tiene acceso al Medicare, veterano de los Estados Unidos, tiene un trabajo con Mohawk	<ul style="list-style-type: none"> Esta persona actualmente es su esposo legal (excluye el matrimonio informal) Y Actualmente no tiene un trabajo O es elegible por Medicare O es un veterano de los Estados Unidos O trabaja para Mohawk. 	<ol style="list-style-type: none"> Una copia del acta de matrimonio Y Un documento conjunto con fecha reciente de los últimos 6 meses. (Ejemplos: Una factura de utilidad conjunta, un extracto bancario a nombre de los dos, una factura de hipoteca conjunta, o la primera página de la declaración de impuestos federales del 2019 o la primera página de las dos declaraciones individuales de impuestos con la misma dirección. Y La declaración jurada de elegibilidad por esposo.
	2	Tiene un trabajo con otra compañía en la cual no le ofrecen seguro médico	<ul style="list-style-type: none"> Esta persona es su esposo legal actual (excluye el matrimonio de informal) Y Actualmente no tiene acceso a cobertura de salud a través del su empleador. 	<ol style="list-style-type: none"> Una copia del acta de matrimonio Y Un documento conjunto con fecha reciente de los últimos 6 meses. (Ejemplos: Una factura de utilidad conjunta, un extracto bancario a nombre de los dos, una factura de hipoteca conjunta, o la primera página de la declaración de impuestos federales del 2019 o la primera página de las dos declaraciones individuales de impuestos con la misma dirección. Y La declaración jurada de elegibilidad por esposo.
	3	Tiene un trabajo con otra compañía en la cual le ofrecen seguro médico	<ul style="list-style-type: none"> Esta persona es su esposo legal actual (excluye el matrimonio informal) Y Actualmente tiene acceso a cobertura de salud a través de su empleador. 	<ol style="list-style-type: none"> Una copia del acta de matrimonio Y Un documento conjunto con fecha reciente de los últimos 6 meses. (Ejemplos: Una factura de utilidad conjunta, un extracto bancario a nombre de los dos, una factura de hipoteca conjunta, o la primera página de la declaración de impuestos federales del 2019 o la primera página de las dos declaraciones individuales de impuestos con la misma dirección. Y La declaración jurada de elegibilidad por esposo.
Matrimonio Informal	4	Unión de hecho/ Matrimonio informal	<ul style="list-style-type: none"> Esta persona es su pareja de hecho actual. Esta relación se reconoce en los estados de AL (si fue creada antes de 1/1/2017), CO, GA (si fue creada antes de 1/1/1997), ID (si fue creada antes de 1/1/1996), IA, KS, MT, OH (si fue creada antes de 10/10/1991), OK, PA (si fue creada antes de 1/1/05), RI, SC, TX, UT y el Distrito de Columbia. 	<ol style="list-style-type: none"> Una copia del acta de matrimonio O una copia autenticada de la declaración jurada de pareja doméstica (disponible en www.mymohawkbenefits.com o contactar Alight Solutions) Y Un documento conjunto con fecha reciente de los últimos 6 meses. (Ejemplos: Una factura de utilidad conjunta, un extracto bancario a nombre de los dos, una factura de hipoteca conjunta, o la primera página de la declaración de impuestos federales del 2019 o la primera página de las dos declaraciones individuales de impuestos con la misma dirección. Y La declaración jurada de elegibilidad por esposo. Y Para los siguientes estados, GA, ID, OH, AL, y PA, también es necesario un documento que muestre su residencia conjunta o titularidad de propiedad antes de la fecha de cumplimiento de los requisitos.

	#	Dependent Type	Eligibility Criteria	Documents Required For Verification
Natural Born Child	5	Natural Born Child	<ul style="list-style-type: none"> Your Natural Born Child <p>AND</p> <ul style="list-style-type: none"> Under age 26. 	<ol style="list-style-type: none"> A copy of the child's birth certificate naming you as the child's parent.
	6	Natural Born Child, At least 26, AND Disabled	<ul style="list-style-type: none"> Your Natural Born Child <p>AND</p> <ul style="list-style-type: none"> The child is 26 years old or older <p>AND</p> <ul style="list-style-type: none"> The child is physically or mentally incapable of self-support. 	<ol style="list-style-type: none"> A copy of the child's birth certificate naming you as the child's parent <p>AND</p> <ol style="list-style-type: none"> Statement of Disability verified by insurance provider must be on file with Cigna.
Stepchild	7	Stepchild	<ul style="list-style-type: none"> Your Stepchild <p>AND</p> <ul style="list-style-type: none"> Under age 26. 	<ol style="list-style-type: none"> Verification of Spouse (See Spouse) <p>AND</p> <ol style="list-style-type: none"> A copy of child's birth certificate naming your as the child's parent.
	8	Stepchild, At least 26, AND Disabled	<ul style="list-style-type: none"> Your Stepchild <p>AND</p> <ul style="list-style-type: none"> The child is 26 year old or older <p>AND</p> <ul style="list-style-type: none"> A child who is physically or mentally incapable of self-support. 	<ol style="list-style-type: none"> Verification of Spouse (See Spouse) <p>AND</p> <ol style="list-style-type: none"> A copy of the child's birth certificate naming your spouse as child's parent <p>AND</p> <ol style="list-style-type: none"> Statement of Disability verified by insurance provider must be on file with Cigna.
Legally Adopted Child	9	Legally Adopted Child OR Child Placed for Adoption OR Legal Guardianship	<ul style="list-style-type: none"> Your Legally Adopted Child or Child Placed for Adoption or Child in Legal Guardianship <p>AND</p> <ul style="list-style-type: none"> Under age 26. 	<ol style="list-style-type: none"> Amended birth certificate showing you as the child's parent <p>OR</p> <ol style="list-style-type: none"> A copy of adoption decree or court order naming you as the Child's adoptive parent or legal guardian AND a copy of a legal document showing child's age.
	10	Legally Adopted Child OR Child Placed for Adoption OR Legal Guardianship At least 26 AND Disabled	<ul style="list-style-type: none"> Your Legally Adopted Child or Child Placed for Adoption or Child in Legal Guardianship <p>AND</p> <ul style="list-style-type: none"> The child is 26 years old or older <p>AND</p> <ul style="list-style-type: none"> A child who is physically or mentally incapable of self-support. 	<ol style="list-style-type: none"> Amended birth certificate showing you as the child's parent OR A copy of adoption decree or court order naming you as the child's adoptive parent or legal guardian AND a copy of a legal document showing child's age <p>AND</p> <ol style="list-style-type: none"> Statement of Disability verified by insurance provider must be on file with Cigna.

	#	Tipo de dependiente	Criterios de elegibilidad	Documentos requeridos para la verificación
Hijo(a)	5	Hijo biológico	<ul style="list-style-type: none"> Su hijo biológico Y Tiene menos de 26 años 	1. Una copia del certificado de nacimiento que demuestre que usted es padre/madre del hijo(a).
	6	Hijo biológico, tiene 26 años o más Y es discapacitado	<ul style="list-style-type: none"> Su hijo biológico Y Tiene 26 años o más Y Es físicamente incapaz de mantenerse. 	<ol style="list-style-type: none"> Una copia del certificado de nacimiento que demuestre que usted es padre/madre de hijo(a). Y Una declaración de discapacidad verificada por su proveedor de seguros. Esta declaración la deben tener en recursos humanos.
Hijastro(a)	7	Hijastro	<ul style="list-style-type: none"> Su hijastro Y Tiene menos de 26 años 	<ol style="list-style-type: none"> Los mismos documentos requeridos para la verificación del esposo O pareja doméstica. Y Una copia del certificado de nacimiento que demuestre que su esposo o pareja doméstica es padre/madre del hijo(a).
	8	Hijastro, tiene 26 años o más Y es discapacitado	<ul style="list-style-type: none"> Su hijastro o hijo de su pareja doméstica Y Tiene 26 años o más Y Es físicamente incapaz de mantenerse 	<ol style="list-style-type: none"> Los mismos documentos requeridos para la verificación del esposo O pareja doméstica. Y Una copia del certificado de nacimiento que demuestre que su esposo o pareja doméstica es padre/madre del hijo(a) Y Una declaración de discapacidad verificada por su proveedor de seguros. Esta declaración la deben tener en recursos humanos.
Niño Adoptado	9	Niño adoptado O puesto en adopción O bajo custodia	<ul style="list-style-type: none"> Su niño adoptado o niño puesto en adopción o un niño del cual usted tiene custodia Y Tiene menos de 26 años 	<ol style="list-style-type: none"> Un certificado de nacimiento enmendado que muestre que usted es el padre/madre del niño(a). O Una copia del decreto de adopción que demuestre que usted es el padre/madre del niño Y una copia de un documento legal que demuestre la edad del niño(a).
	10	Niño adoptado, O puesto en adopción, O bajo custodia Y Tiene 26 años o más y discapacitado	<ul style="list-style-type: none"> Su niño adoptado o niño puesto en adopción o un niño del cual usted tiene custodia Y Tiene 26 años o más Y Es incapaz de mantenerse. 	<ol style="list-style-type: none"> Un certificado de nacimiento enmendado que muestre que usted es padre/madre del niño(a) O una copia del decreto de adopción que demuestre que usted es padre/madre de niño Y una copia de un documento legal que demuestre la edad del niño(a). Y Una declaración de discapacidad verificada por su proveedor de seguros. Esta declaración la deben tener en recursos humanos.

	#	Dependent Type	Eligibility Criteria	Documents Required For Verification
Grandchild	11	Grandchild	<ul style="list-style-type: none"> Your Grandchild AND Under age of 26 AND Is claimed as a dependent on your 2019 federal tax return. 	<ol style="list-style-type: none"> A copy of the Grandchild's birth certificate naming your child as the grandchild's parent AND A copy of your child's birth certificate showing you as the parent AND A copy of the 2019 federal tax return showing the grandchild as your claimed dependent OR a 2019 Temporary Certificate of Tax Dependency form in lieu of the 2019 federal tax return (To obtain a copy, please contact Alight Solutions, MohawkInd-mail@depconfirm.com).
	12	Grandchild, At least 26, AND Disabled	<ul style="list-style-type: none"> Your Grandchild AND The child is 26 year old or older AND Is claimed as a dependent on your 2019 federal tax return AND A child who is physically or mentally incapable of self-support AND The incapacity occurred before age 26 as an eligible covered dependent. 	<ol style="list-style-type: none"> A copy of the Grandchild's birth certificate naming your child as the grandchild's parent AND A copy of your child's birth certificate showing you as the parent AND A copy of the 2019 federal tax return showing the grandchild as your claimed dependent OR A 2019 Temporary Certificate of Tax Dependency form in lieu of the 2019 federal tax return (To obtain a copy, please contact Alight Solutions, MohawkInd-mail@depconfirm.com) AND Statement of Disability verified by insurance provider must be on file with Mohawk Human Resources.
Child Covered by a QMCISO or NMSN	13	A Child Covered by a NMSN or QMCISO	<ul style="list-style-type: none"> A child covered under a National Medical Support Notice or a Qualified Medical Child Support Order. 	<ol style="list-style-type: none"> A copy of the NMSN or QMCISO.

In all cases, the Summary Plan Description is the governing document with respect to eligibility. If you have questions, please refer to the FAQ page.

	#	Tipo de dependiente	Criterios de elegibilidad	Documentos requeridos para la verificación
Nieto(a)	11	Nieto(a) Y tiene menos de 26 años	<ul style="list-style-type: none"> Su nieto(a) Y Tiene menos de 26 años Y Es reclamado como dependiente en su declaración de impuestos federales del año 2019. 	<ol style="list-style-type: none"> Una copia del certificado de nacimiento del nieto que nombre a su hijo como padre/madre del nieto(a) Y Una copia del certificado de nacimiento de su hijo que lo muestre a usted como su padre/madre. Y Una copia de su declaración de impuestos federales 2019 que muestre que su nieto es un dependiente reclamado.
	12	Nieto(a), tiene 26 años o más, Y discapacitado	<ul style="list-style-type: none"> Su nieto(a) Y Tiene 26 años o más Y Se reclama como dependiente en su declaración de impuestos federales del año 2019 Y Es incapaz de mantenerse Y La incapacidad ocurrió antes de los 26 años como un dependiente elegible cubierto. 	<ol style="list-style-type: none"> Una copia del certificado de nacimiento del nieto que nombre a su hijo como padre/madre del nieto(a) Y Una copia del certificado de nacimiento de su hijo que lo muestre a usted como su padre/madre. Y Una copia de su declaración de impuestos federales 2019 que muestre que su nieto es un dependiente reclamado. Y Una declaración de discapacidad verificada por su proveedor de seguros. Esta declaración la deben tener en recursos humanos.
Niño Cubierto por QMCSO o NMSN	13	Un niño cubierto por una orden de apoyo médico nacional (NMSN) O una solicitud de cobertura garantizada de asistencia médica infantil (QMCSO)	<ul style="list-style-type: none"> Un niño cubierto por una orden de apoyo médico nacional (NMSN) o una solicitud de cobertura garantizada de asistencia médica infantil (QMCSO) 	<ol style="list-style-type: none"> Una copia del aviso de apoyo médico nacional (NMSN) o la cobertura garantizada de la solicitud de asistencia médica infantil (QMCSO).

En todos los casos, la descripción resumida del plan (SPD, Siglas en inglés) es el documento que rige la elegibilidad de los dependientes.



Mohawk Industries Health Care Plan
Dependent Verification Affidavit



Member Name: John Tables

Employee ID: 112-987654321

Instructions:

Verification End Date: August 30, 2020

- 1. Please fill in the table below and refer to the "Dependent Eligibility Matrix" for eligible dependent types.
a. In Column A, all the dependents enrolled in your Mohawk Industries Health Care Plan should be listed.
b. If a dependent is eligible, in Column "B" write the # (1 through 13) from the Dependent Eligibility Matrix, and check the box in Column "C."
c. If a dependent is ineligible, check the box in Column "D" to remove the dependent from your health care plan.
d. If you check the box in Column "D", fill in Column "E" for that row.
2. Sign this form at the bottom and send it in with other verifying documents any of these ways:
• Toll Free Fax: 1-888-205-0425
• Upload Documents Online: sentry.smartben.net/MohawkInd
• Mail Documents to: Alight Solutions, PO Box 420188, Atlanta, GA 30342

ADDING DEPENDENTS TO THE LIST BELOW DOES NOT ENROLL THEM IN ANY HEALTH CARE COVERAGE.

Table with 5 columns: A (Dependent Name), B (Dependent Type), C (Eligible), D (Not eligible), E (Last date of eligibility). Rows include Suzy Tables and Bobby Tables.

Employee Name: John Tables

Reference Number: 112-987654321

Signature: _____

Date: _____

I hereby certify that the information provided is correct. I understand that any misrepresentation in the information provided will be considered fraud and/or an intentional misrepresentation of material fact as prohibited by the terms of the Mohawk Industries Health Care Plan and will result in a termination of coverage under the terms of the plan and applicable federal law.

Fax this and any other verifying document to Alight Solutions at: 1-888-205-0425

Nombre del empleado: _____

Número de empleado: (ver número de referencia en la primera página y escribirlo aquí→) _____

Instrucciones:

1. Complete la tabla abajo y diríjase a la matriz de elegibilidad para ver los tipos de dependientes. Por favor devuelva esta declaración jurada, junto con todos los documentos requeridos antes de la fecha límite.
 - a. En la columna A, **escriba los nombres de los dependientes que están inscritos en el plan de salud de Mohawk. Si no está seguro usted puede ver los nombres de los dependientes que están inscritos en su plan, al otro lado de esta hoja.** (AVISO: No se pueden añadir más dependientes por escribir sus nombres en la tabla. Debe comunicarse con su departamento de beneficios para añadir dependientes en el siguiente numero **866-481-4922**)
 - b. Si un dependiente es **elegible**, en la columna B, introduzca el número / tipo de dependiente (#1 a #13) según la matriz y marca el cuadrículo debajo de la columna C.
 - c. Si quiere remover a algún dependiente que ya **no es elegible** para su plan, márkelo en la columna D.
 - d. Si usted marca el cuadrículo en la columna D, complete la columna E en esa misma hilera. Esta puede determinar si este individuo es elegible para cobertura de COBRA.

2. Firme la declaración jurada abajo y devuelva este documento **Y** los otros documentos requeridos de cada dependiente a Alight Solutions
 - Fax Gratuito al: 1-888-205-0425
 - Cargar sus documentos en línea sentry.smartben.net/MohawkInd
 - Correo a: Alight Solutions, PO Box 420188, Atlanta, GA 30342

A	B	C	D	E
Nombre de dependiente	Tipo de dependiente (Introduzca el # según la matriz)	Este dependiente es elegible. Yo presentaré los documentos requeridos para la fecha límite.	Este dependiente no es elegible. Se removerá de la cobertura.	Fecha más reciente de elegibilidad (si la sabe)
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Firma: _____

Fecha: _____

Por medio de la presente certifico que la información presentada es correcta. Entiendo que cualquier falsedad en la información presentada se considerará fraudulenta y/o como una falsedad intencional de hecho material prohibida según los términos del plan de salud de Mohawk Industries y resultará en una rescisión de cobertura según los términos del plan y la ley federal. Además, entiendo que Mohawk Industries puede tomar acciones legales y administrativas según los términos de mi empleo o la ley.

Envíe este documento por fax a Alight Solutions al: 1-888-205-0425



Mohawk Industries Health Care Plan Spousal Healthcare Eligibility Affidavit



Employee Name _____ Reference Number _____

Spouse Name _____ Gender _____ Last four of SSN _____

Section A: *Must be completed if "Spouse" is enrolled in the Mohawk Industries Health Care Plan.*

#1 ___ Spouse is not employed OR is eligible for Medicare OR is a US Veteran OR works at Mohawk Industries OR is enrolled in dental and/or vision only (**DO NOT NEED TO COMPLETE SECTION B**)

Works at Mohawk ___ Not employed ___ Eligible for Medicare ___ US Veteran ___ Dental/Vision only ___

#2 ___ Spouse is employed **WITHOUT** access to medical coverage from his/her employer OR spouse is self-employed without access (**SPOUSE'S EMPLOYER MUST COMPLETE SECTION B**)

#3 ___ Spouse is employed **WITH** access to medical coverage at their current place of work (**SPOUSE'S EMPLOYER MUST COMPLETE SECTION B**)

NOTE: If your spouse is eligible for medical coverage at their current job and you enroll your spouse in Mohawk's coverage, you will have to pay a spousal surcharge of \$125 for employees paid on a monthly pay cycle and \$28.85 for employees paid on a weekly pay cycle. If a completed Spousal Affidavit is not submitted, spouse coverage type will default to #3 and the spousal surcharge will be automatically applied for all eligible spouses. *

I hereby certify that the information provided above is correct. I understand that any misrepresentation in the information I have provided above will permit Mohawk Industries to terminate my spouse's coverage and seek any other legal remedies available including possible prosecution for insurance fraud. If applicable, I authorize the release of the health care plan coverage information requested below and authorize its use in accepting the application for the Mohawk Industries Health Care Plan.

Employee Signature _____ Date _____

Spouse Signature _____ Date _____

Section B: *Must be completed by spouse's employer if Section A is #2 or #3. Section B may be completed by the spouse, only if the spouse is self-employed.*

Does the spouse named above have access to health coverage at his/her job? YES NO

Spouse's Employer _____

Spouse's Employer Address _____

Spouse's Employer Phone Number _____

Authorized Employer Name _____ Title _____

Authorized Employer Signature _____ Date _____

Submit this completed document to Alight Solutions **with all other necessary documentation** (see attached Matrix).
*(Spouses may be subject to other charges and fees. It may take up to 60 days for processing and removal of the surcharge. For more information, go to www.mymohawkbenefits.com.)

FAX TOLL FREE TO: 1-888-205-0425
or EMAIL TO: mohawkind-mail@depcconfirm.com

Nombre del empleado _____ Número de empleado _____

Nombre de esposo(a) _____ Sexo F ___ M ___ Los últimos 4 del SSN _____

Sección A: Debe completar si su "Esposo(a)" está inscrito en el plan de salud de Mohawk Industries.

#1 ___ Su esposo(a) no tiene un trabajo es elegible por Medicare es un veterano de los Estados Unidos también trabaja para Mohawk Industries o solo se encuentra inscrito en el plan Dental y/o de Visión de Mohawk. **(NO DEBE COMPLETAR LA SECCION B)**, Si usted selecciono la opción #1 por favor especifique cuál de las siguientes opciones es la correcta.

Mi Esposo(a): Trabaja para Mohawk ___ Está cubierto(a) por Medicare ___ Es un veterano de los Estados Unidos ___ Se encuentra desempleado ___ Esta inscrito únicamente en el plan Dental y/o de Vision ___

#2 ___ Su esposo(a) tiene un trabajo **SIN** acceso a la cobertura médica a través de su empleador su esposo(a) trabaja como independiente **(EMPLEADOR DE SU ESPOSO(A) DEBE COMPLETAR SECCION B)**

#3 ___ Su esposo(a) tiene un trabajo **CON** acceso a la cobertura médica en la compañía en la que trabaja actualmente. **(EMPLEADOR DE SU ESPOSO(A) DEBE COMPLETAR SECCION B)**

NOTA: Si su esposo(a) es elegible para el plan médico que ofrece la compañía para la que trabaja actualmente y usted quiere inscribir a su esposo en el plan de salud de Mohawk, usted tendría que pagar un recargo, \$125 dólares para los empleados que reciben su pago mensualmente y \$28.85 dólares para los empleados que reciben su pago semanalmente. Si usted no envía la declaración jurada de elegibilidad del esposo(a), su esposo(a) será adjudicado en el sistema como tipo #3 y usted tendrá que pagar un recargo que será aplicado automáticamente. *

Por medio de la presente certifico que la información proporcionada es correcta. Entiendo que cualquier falsedad en esta información permitirá que Mohawk Industries interrumpa la cobertura de mi esposo(a) y busque otros recursos legales disponibles, incluyendo un posible enjuiciamiento por fraude de seguro. Si corresponde, autorizo la divulgación de la información de cobertura del plan de atención médica solicitada a continuación y autorizo su uso en la aceptación de la solicitud para el Plan de Salud de Mohawk Industries.

Firma del empleado _____ Fecha _____

Firma del esposo(a) _____ Fecha _____

Section B: Must be completed by **spouse's employer** if Section A is #2 or #3. Section B may be completed by the spouse, **only** if the spouse is self-employed. Si la selección en la sección A es #2 O #3, el empleador de su esposo(a) debe completar la sección B. Debe ser completado por el empleador del esposo o por el esposo (a,) si el esposo(a) trabaja como independiente.

Does the spouse named above have access to health coverage at his/her job? YES NO

Spouse's Employer _____

Spouse's Employer Address _____

Spouse's Employer Phone Number _____

Authorized Employer Name _____ Title _____

Authorized Employer Signature _____ Date _____

Enviar este documento junto con toda la documentación requerida a Alight Solutions (Revisar Matriz adjunta).

*(Los esposos pueden tener un costo adicional. Puede tomar hasta 60 días para el procesamiento y la eliminación del recargo. Para recibir más información visite la página www.mymohawkbenefits.com.)



Dependent Social Security Number Verification Form

Under the Medicare Secondary Payer Statute, each dependent claimed under a current group health care plan must be positively identified by social security number. As a part of the dependent verification process, we are requiring each dependent be identified at this time. Please enter the name and complete social security number for each of your dependents and return this document with your other verification documents via fax, mail, or by uploading this document to the Alight Solutions portal.

Dependent Name	Dependent Social Security Number

Employee Name: _____

Employee ID: _____

Signature: _____

Date: _____



Números de seguro social Formulario de verificación

Según el estatuto del pagador secundario de Medicare, cada dependiente reclamado bajo un plan de salud de grupo se debe identificar con su número de seguro social. Como parte del proceso de verificación, requerimos que cada dependiente se identifique en este momento. Por favor introducir el nombre y número de seguro social de cada uno de sus dependientes y devolver este formulario junto con los otros documentos requeridos para la verificación, por fax, correo, o descargarlo a través del portal electrónico de Aight Solutions.

Nombre del dependiente		Número de seguro social

Nombre de empleado _____ Número del empleado _____

Firma _____ Fecha _____

Why is Mohawk conducting this audit?

Mohawk, as defined by the plan, is required by law to administer its health care plan so that it benefits only eligible individuals. The company is also sensitive to the rising cost of health care and recognizes that covering ineligible participants drives up the cost of health care for all eligible employees. As such, Mohawk must ensure that benefit dollars are being spent only on eligible participants. Dependent eligibility verification of health plan enrollments is a standard business practice.

Who is Alight Solutions?

Alight Solutions is an independent third-party company located in Atlanta, GA. Mohawk has contracted with Alight Solutions to audit the eligibility of dependents currently covered under its medical, dental, and/or vision plan. Mohawk has also retained the services of Alight Solutions to help find displaced dependents alternative health coverage.

If I want to add a dependent to my coverage later, will I be required to send documents at that time? Yes, Mohawk verifies all dependents on Medical, Dental, or Vision coverage.

Who can answer my questions about the definition of an eligible dependent? Call Alight Solutions toll free at 1-877-308-9157. Representatives are available from 8 A.M. to 8 P.M. EST Monday through Friday.

How will I know if Alight Solutions has all the documents needed to verify my dependents? Postcards will be mailed if verification is complete or if additional information is needed. If you are not certain of your dependent's status, don't wait, call 1-877-308-9157.

Can my joint marital document be accepted if it has a date in the future for when a bill is due? A joint marital document must have a date within the past six months. Future due dates will not be accepted. If there is a date range on the document, the date at the start of the range is the date that will be reviewed.

Joint car insurance policies will only be accepted if the bill is addressed to both the employee and the spouse on the address line. See below for samples of Joint Marital Documents.

What happens if I do not return the Spousal Affidavit for my spouse? If you do not return the Spousal Affidavit, but you do return other verifying documentation, your spouse will not be dropped from coverage but they will be defaulted to a type #3 spouse. Type #3 spouses will incur the spousal surcharge as noted on the Spousal Health Care Eligibility Affidavit. If your spouse is not a type #3, you MUST submit a completed Spousal Affidavit.

Can I send in a birth verification document instead of a birth certificate for my natural born children? No. A certified birth certificate naming the Mohawk employee as the parent is required to verify natural born children. If you do not have a birth certificate, you must obtain one to submit in order to verify your natural born child. An exception can only be made for newborn children under 6 months of age.

Should I send documents for my dependents to my site Human Resources team? No. Please send verification documents to Alight Solutions via fax, mail or by uploading your documents on the web portal. Alight Solutions will review your documents and confirm verification of your dependents.

What happens if I submit verifying documentation late? When a verification end date arrives, Alight Solutions sends a list of all ineligible dependents to Mohawk. Mohawk then removes those dependents from coverage. Mohawk will accept any late documentation to verify dependents and add them back to coverage. If you submit late documents, as a result, there will be a LAPSE in the dependent's coverage.

What happens to the coverage of individuals who don't meet the definition of an eligible dependent? Dependents dropped from coverage should seek the assistance of Alight Solutions to find alternative coverage. Alight Solutions has access to a broad range of affordable alternatives for a variety of situations. Some dependents may be eligible for COBRA coverage due to a qualified event if it occurred recently (such as divorce, legal separation, or aging out). If eligible, dependents will receive a COBRA package. However, receipt of the package does not automatically entitle them to COBRA coverage. Visit sentry.smartben.net/alternatives for more information.

Sample Joint Marital Documents

Joint bills must be dated within the past six months and include your name and your spouse's name. Please black out all sensitive information. Circled areas are required (employee and spouse names, address, date within the past six months). Handwritten leases or handwritten jointly filed taxes cannot be accepted. All dates and names must be printed.

Your Bank
123 Main Street
Snooz Falls, ID 57106

Phone #: 555-555-5555
Fax #: 888-888-7688

Sally Doe and Jonathan Doe
2456 Harold Avenue
Snooz Falls, ID 57106

Statement of Account

STATEMENT DATE
05/01/2016

RECALCULATED

DATE	INVOICE	DESCRIPTION	INVOICE AMT	PAYMENTS/CREDITS	ACCT BALANCE
07/11/14	902013	Deposits	0.00	-43.90	-43.90
		Prior Deposit Balance	0.00		-43.90
08/10/14	954243	postage	1.52	0.00	-41.46
09/02/14	955706	postage	1.52	0.00	-39.94
10/14/14	957298	postage	1.12	0.00	-38.82
		Deposits	38.82	0.00	0.00

1040 U.S. Individual Income Tax Return 2019

Filing Status: Single Married filing jointly Married filing separately (MFS) Head of household (HOH) Qualifying widow(er) (QW)

Standard Deduction: Single Married filing jointly Married filing separately Head of household

Adjusted Gross Income (AGI): \$12,345

Standard Deduction: \$13,000

Taxable Income: \$0

Estimated Tax: \$0

Refund: \$0

Overpayment: \$0

Amount Due: \$0

¿Por qué Mohawk está realizando esta auditoría?
Mohawk, debe por ley, administrar su plan de salud, con el fin de beneficiar únicamente a personas elegibles. Mohawk es consciente del constante crecimiento en el costo para el cuidado de la salud y reconoce que ofrecer beneficios a quienes no son elegibles aumenta el costo de quienes sí lo son. La verificación de dependientes es una práctica actual estándar de los negocios.

¿Quién es Alight Solutions?
Alight Solutions es una compañía independiente ubicada en Atlanta, GA. Esta compañía será la encargada de auditar a los dependientes que actualmente se encuentran cubiertos en planes médicos y dentales. Alight Solutions puede ayudar a quienes no sean elegibles a encontrar una cobertura alternativa.

Si quiero añadir un dependiente a mi cobertura en el futuro, ¿debo presentar más documentos en ese momento?
Sí. Mohawk verificara todos los dependientes para los planes de salud, dental y visión.

¿Quién puede contestar mis preguntas acerca de esta verificación? Alight solutions. Línea de atención de servicio al cliente: 1 (877) 325-9045. Horario de atención: De lunes a viernes de 8AM a 8 PM.

¿Como sé que Alight Solutions ya tiene todos los documentos requeridos?
Se enviaran unas notificaciones por correo, informando si su cuenta esta completa o si necesita enviar información adicional. Si no está seguro del estado de sus dependientes llame al 1 (877) 325-9045.

¿Puede mi documento conjunto, tener únicamente la fecha de vencimiento del documento en el futuro?
El documento conjunto tiene que tener una fecha dentro de los 6 meses anteriores, si solamente tiene una fecha en el futuro no será aceptado. Si en el documento aparece un rango de fechas, se tendrá en cuenta la primera fecha del rango. Documentos conjuntos de vehículos solo serán aceptados si el documento fue enviado a las dos personas a la misma dirección. (Mire abajo ejemplos de documentos conjuntos).

¿Qué pasara si no envío la declaración jurada de elegibilidad del esposo(a)?
Si usted envía la documentación requerida y no envía la declaración de elegibilidad del esposo(a), su esposo(a) no será eliminado de su cobertura pero será marcado como tipo #3 en el sistema. El empleado por tener en el sistema a su Esposo(a) como tipo #3 tendrá un recargo (ver declaración). Si su esposo(a) no es tipo #3, usted debe enviar completa la declaración.

¿Puedo enviar una verificación de nacimiento a cambio del certificado oficial de nacimiento para verificar a mis hijos?
No. Se requiere una copia certificada de nacimiento que muestre el parentesco del empleado con el hijo. Si usted no tiene este certificado, usted deberá aplicar por uno nuevo. Solo se puede hacer excepciones cuando el niño es menor de 6 meses.

¿Puedo enviar mis documentos a mi equipo de recursos humanos?
No. Por favor envíe los documentos a Alight Solutions, esta empresa revisara los documentos y confirmara la verificación de sus dependientes.

¿Qué pasa si envié mis documentos después de la fecha límite?
Cuando llega la fecha límite de verificación, Alight Solutions envía a Mohawk una lista que contiene todos los dependientes que fueron marcados como no-elegibles. Mohawk elimina a estas personas de la cobertura de salud. Mohawk aceptara cualquier documento que se reciba después de esta fecha límite y los agregara a la cobertura nuevamente pero pasara un lapso de tiempo sin cobertura.

¿Que pasara con los dependientes que no sean elegibles para esta cobertura?
Los dependientes que sean eliminados del plan de salud de Mohawk pueden buscar asistencia en Alight Solutions. Esta empresa tiene acceso a diversas opciones de salud, para diferentes situaciones. Algunos de estos dependientes pueden ser elegibles para COBRA. COBRA ofrece cobertura para algunos casos exclusivos, si estos ocurrieron recientemente. Ejemplos: (divorcio, separación legal o restricción de edad). Si es elegible, sus dependientes recibirán un paquete de COBRA; Recibir el paquete no significa que ya quedo inscrito en esta cobertura. Para más información visite sentry.smartben.net/alternatives

Sample Joint Marital Documents

Los documentos conjuntos deben estar fechados dentro de los 6 meses anteriores y deben incluir el nombre suyo y el de su esposo(a). Por favor tache toda la información sensitiva. Las áreas señaladas son requeridas (Nombre del empleado, nombre del esposo(a), dirección y fecha reciente de los últimos 6 meses. Documentos escritos a mano no son aceptados.

Your Bank
123 Main Street
Snoos Falls, ID 57106
Phone #: 555-555-5555
Fax #: 555-555-7098

Statement of Account
STATEMENT DATE: 05/01/2016
PREPARED BY: [Redacted]

DATE	INVOICE	DESCRIPTION	INVOICE AMT	PAYMENTS/CREDITS	ACCT BALANCE
07/11/14	062013	Prior Deposit Balance	0.00	-43.90	-43.90
08/10/14	054243	postage	0.92	0.00	-42.98
09/02/14	055706	postage	1.52	0.00	-41.46
10/14/14	057288	postage	1.12	0.00	-38.82
		Deposits	38.82	0.00	0.00
		Unwrapped Deposits			

1040 U.S. Individual Income Tax Return 2019

Filing Status: Single Married filing jointly Married filing separately Head of household Qualifying widow(er) Qualifying widow(er) with dependent child

Your first name and middle initial: [Redacted] Last name: [Redacted] Your social security number: [Redacted]

Spouse's social security number: [Redacted]

Home address (number and street), if you have a P.O. box, see instructions: [Redacted] Apt. no.: [Redacted]

Foreign country name: [Redacted] Foreign postal code: [Redacted]

Standard Deduction: Standard Itemized

Age/Qualification: Yes No None born before January 2, 1955 Yes No None

Line	Description	Amount	Amount
1	Wages, salaries, tips, etc. (Attach Form(s) W-2)		
2a	Tax-exempt interest		
2b	Qualified dividends		
2c	Capital gains and losses (Attach Schedule D if required. If not required, check here)		
2d	Other income from Schedule 1 (Form 1041)		
3	Standard deduction or itemized deductions (Form Schedule A)		
4	Adjusted taxable income (Form Schedule 1, line 20)		
5	Taxable income. Subtract line 4 from line 3b. This is your taxable income.		



TOLL FREE FAX / FAX GRATUITO

1-888-205-0425

Employee Name/Nombre de Empleado: John Tables

Reference Number/Número de Empleado: 112-987654321

Phone Number/Número de Teléfono: (888) 555-1213

E-Mail Address/Correo Electrónico: john.q.tables@example.com

**Please use this cover sheet for each fax sent to Alight Solutions and include your name, employee ID, phone number and e-mail address in the spaces provided. For additional questions please login to the Alight Solutions web site using your "Reference Number" (above).*

**Por favor, utilice esta página para cada fax enviado a Alight Solutions e incluya su nombre, número de referencia, número de teléfono y correo electrónico en los espacios arriba. Para más información o preguntas, ingrese al sitio web de Alight Solutions, debe utilizar su "número de empleado" mostrado arriba.*

- Website / Sitio Web: **sentry.smartben.net/MohawkInd**
For security purposes, you will be required to register during your first log in. Se le pedirá registrarse durante su primera visita por razones de seguridad.
- Email / Correo Electrónico: **MohawkInd-mail@deconfirm.com**
- Phone / Teléfono: **1-877-308-9157**

Our Phone Help Line is Open / Nuestra Línea de Atención está Abierta de

8 A.M. to 8 P.M. EST
Monday - Friday / De Lunes a Viernes

