

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"> 1. Marriage certificate AND 2. 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 3. 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"> 1. Marriage certificate AND 2. 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 3. 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"> 1. Marriage certificate AND 2. 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 3. 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"> 1. Affidavit of Common Law Marriage (available at www.mymohawkbenefits.com or by contacting Alight Solutions) AND 2. 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 3. 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 4. 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.