FORMULARIO DE CERTIFICACION DE USARIO DE TOBACO

Nombre del Empleado_____ SS#:_____

NON-TOBACCO USE CERTIFICATION

CERTIFICACION DE USARIO DE NO TOBACO

☐ **Al seleccionar este cuadro, yo certifico que soy elegible para el precio contribuyente de Medico REBAJADO del Usuario de No Tabaco.**

- Certifico que yo y todos mis dependientes cubiertos en el plan médico de Flowers Foods **no utilizan actualmente** los productos de tabaco en cualquier forma (cigarrillos, cigarros, pipa o productos de tabaco oral) y no han utilizado los productos de tabaco en **los últimos 3 meses**.

- Certifico que yo y todos mis dependientes cubiertos en el plan medico de Flowers Foods **no utilizan ningunos** productos de cesación en cualquier forma (e-cigarrillos, sustitución nicotina, medicinas, etc.)

- Certifico que esta información es verdad y correcta.

- Yo entiendo que si de determina que yo o cualquiera de mis dependientes cubiertos **han utilizado productos de tabaco en los últimos 3 meses**, se requerirá inmediatamente que yo pague el precio contribuyente no rebajado por el resto del año corriente, y me cobrara el precio mas alto retroactivamente al 1 de enero del año no corriente, o a la fecha mi cobertura se hizo efectiva si después de 1 de enero.

- Certifico que si esta información cambia en cualquier momento durante el año próximo, mientras tengo el seguro medico por Flowers, le notificaré al Departamento de Recursos Humanos de dichos cambios **dentro de 30 días** a través de finalización y nueva sumisión de este formulario.

- Yo entiendo que si se determina que yo o cualquiera de mis dependientes cubiertos **comenzamos a usar productos de tabaco** subsecuentes a la fecha de esta certificación y no notifico el Departamento de Recursos Humanos, se requerirá inmediatamente que yo pague el precio contribuyente no rebajado por el resto del año corriente.

TOBACCO USE CERTIFICATION

CERTIFICACION DE USARIO DE TABACO

☐ **Al seleccionar este cuadro, reconozco que No soy elegible para el precio contribuyente REBAJADO del Usuario de No Tabaco.**

- Yo declaro que una o mas personas cubiertos bajo mi contrato de medico con Flowers **usan productos de tabaco** en alguna forma o **que decido no revelar mi estado** en lo que refiere al consumo de tabaco.
- Yo entiendo que si yo mismo y cualquier dependientes cubiertos que eran consumidores de tabaco **dejan de usar productos de tabaco** matriculándose en la American Cancer Society's Quit for Life" programa de cesación o por algunos otros medios, y presento **la prueba documentada que yo/hemos sido libres de tabaco durante 3 meses**, luego seré elegible para el precio contribuyente REBAJADO para el resto del año corriente.

_____ _____

Firma del Empleado Fecha

El lenguaje utilizado en este documento no es intención de ninguna manera para crear un contracto de trabajo entre el empleado y Flowers Foods. Ningunas declaraciones orales de los supervisores o la gerencia puede alterar el documento anterior o la aplicación de su contenido. El diseño, desarrollo y administración de los planes de Flowers Foods son consecuentemente hechos funcionar con la política del tratamiento igual por todas las personas sin distinción de edad, raza, color, sexo, religión, origen nacional, incapacidad, estado veterano, o cualquier otro estado protegido. Además, Flowers Foods reserva el derecho de revisar los términos y condiciones de este documento en su totalidad o en parte en cualquier momento.