



AFFIDAVIT OF DOMESTIC PARTNERSHIP

I. Declaration

I _____ hereby declare that for purposes of the group medical, dental, vision, flexible spending account, employee assistance program, life and accidental death and dismemberment, long-term disability, and voluntary benefits provided through Granite Construction Incorporated and its subsidiaries ("Granite").

(employee name)

Domestic Partner Name / **Social Security Number** / **Birth Date**

is my domestic partner and that we meet the requirements of the Granite Affidavit of Domestic Partnership, which are as follows:

II. Requirements of Affidavit of Domestic Partnership:

(Please check the box that applies to your situation. You must affirm (1), (2), OR (3).)

- 1) We affirm that we have properly registered our domestic partnership with the State or local government of _____; **OR**
- 2) We affirm that we have entered into a valid civil union in the State of _____; **OR**
- 3) We affirm that we meet all of the following requirements:
 - A. We reside together in the same household and intend to do so indefinitely;
 - B. We have resided with each other for no less than 6 months;
 - C. We are both at least 18 years old and mentally competent;
 - D. We are not related by blood to the extent that would prohibit marriage in the State in which we reside;
 - E. We are financially interdependent on each other;
 - F. Neither of us has signed a Domestic Partner Affidavit or Declaration with any other person in the last 12 months;
 - G. Neither of us are currently married to another person;
 - H. Neither of us has any other partner or spouse equivalent of the same or opposite sex;
 - I. Our relationship is not one of roommates, siblings, parents or any other similar relationship; and
 - J. The domestic partner is not on active duty, in the armed forces of any state, country or international authority and that we will inform the Granite Benefits Department within 10 days if this changes.

III. Termination of Domestic Partnership

We agree to notify Granite Benefits Department - within 60 days of the date we fail to meet any of the eligibility requirements listed in Section II (as applicable) of the Requirements of Affidavit of Domestic Partnership section of this Affidavit. If the box for the domestic partnership described in Section II, subsection 3 is checked (i.e., none of the eligibility requirements of Section II, subsection 1 or 2 apply) , we understand that the employee cannot cover another domestic partner under a Granite- sponsored health insurance plan for at least 12 months from the termination date of the domestic partner coverage.

IV. Acknowledgements

- 1) We understand that completion of this Affidavit does not guarantee the eligibility of the domestic partner under the plans or policies sponsored by Granite. Eligibility and coverage for the domestic partner will be determined in accordance with the terms and conditions of Granite’s plans or policies.
- 2) We understand that the employee portion of premiums for Domestic Partner coverage will generally be made on an after-tax basis and the portion Granite pays for the coverage for a domestic partner will generally result in imputed income to the employee reported on the employee Form W-2. Premiums for coverage for domestic partners that qualify as tax dependents under IRS rules, may be made on a pre-tax basis and domestic partners that qualify as tax dependents may have their health expenses reimbursed under the health flexible spending account. We also understand that Granite is not providing us with tax advice and that we should seek tax advice from our own personal advisor.
- 3) We, the undersigned, understand and agree that it is the responsibility of the Granite employee to notify his or her partner that his or her benefits have been terminated if said termination is initiated by the Granite employee. We agree to hold Granite and its insurance carriers harmless in the event of any miscommunication in this regard.
- 4) We agree to comply with all requirements (including the rules regarding the definition of domestic partner) of the Granite benefit plans and the Granite employee benefits handbook. Each of us declares under the penalties of perjury that the statements in this Affidavit are true and correct.

Print Name	Last	First	Middle Initial
-------------------	-------------	--------------	-----------------------

Street Address

City	State	Zip Code
-------------	--------------	-----------------

Employee Signature	Date
---------------------------	-------------

Domestic Partner Name	Last	First	Middle Initial
------------------------------	-------------	--------------	-----------------------

Domestic Partner Signature	Date
-----------------------------------	-------------

Note: Upon completing this Affidavit of Domestic Partnership, please return this form to: The Boon Group: Email: Granite@boongroup.com; or Fax: 512-339-6662. Your Domestic Partners coverage under the Granite Benefit Plans may be delayed if you do not provide a completed copy of this Affidavit of Domestic Partnership. You should keep a copy of the completed Affidavit of Domestic Partnership for your records.



DECLARACIÓN JURADA DE PAREJAS DE HECHO

I. Declaración

Yo, _____ por este medio, declaro que para los propósitos
(nombre de empleado)
de los beneficios del programa médico grupal, de salud dental, de la vista, de la cuenta de gastos flexible, de asistencia a empleados, de la vida y muerte accidental y desmembramiento, de la discapacidad a largo plazo, y de los beneficios voluntarios que ofrece la empresa Granite Construction Incorporated y sus filiales ("Granite"), la siguiente persona:

Nombre de la compañera(o) / Número de Seguro Social / Fecha de nacimiento

es mi compañera(o) doméstica(o) y que cumplimos con los requisitos de la Declaración Jurada de Parejas de Hecho de Granite que son los siguientes:

II. Requisitos de la Declaración Jurada de Parejas de Hecho:

(Marque la casilla que se aplica a su situación. Usted debe afirmar (1), (2), O (3).

- 1) Afirmamos que hemos registrado de forma debida a nuestra pareja de hecho antes las autoridades del Estado o el gobierno local de _____; **O**
- 2) Afirmamos que hemos formado una unión civil válida en el Estado de _____; **O**
- 3) Afirmamos que cumplimos con todos los siguientes requisitos:
 - A. Vivimos juntos en la misma casa y es nuestra intención seguir habitando en dicha residencia por tiempo indefinido;
 - B. Hemos vividos juntos por lo menos durante un mínimo de 6 meses;
 - C. Ambos tenemos al menos 18 años de edad y estamos en pleno uso de nuestras capacidades mentales;
 - D. No somos parientes de sangre hasta un grado tal que prohibiría nuestro matrimonio en el estado en el cual habitamos;
 - E. Dependemos económicamente el uno del otro;
 - F. Ninguno de los dos ha firmado una Declaración Jurada de Parejas de Hecho u otra declaración con otra persona en los últimos 12 meses;
 - G. Ninguno de los dos se encuentra casado con otra persona en la actualidad;
 - H. Ninguno de los dos tiene otro compañero/a o esposo/a del mismo sexo o del sexo opuesto;
 - I. Nuestra relación no es de compañeros de cuarto, hermanos, padres e hijos u otro tipo de parentesco similar; y
 - J. Mi compañera(o) doméstica(o) no se encuentra sirviendo de forma activa en las fuerzas armadas de ningún estado, país o autoridad internacional, e informaremos dentro de 10 días al Departamento de Beneficios de Granite si esta situación cambia.

III. Terminación de la pareja de hecho

Acordamos notificar al Departamento de Beneficios Corporativos de Granite Construction dentro de los 60 días siguientes a la fecha en que dejemos de cumplir con alguno de los requisitos de elegibilidad que aparecen en la Sección II (según corresponda) de los Requisitos de la Declaración Jurada de Parejas de Hecho que aparece en esta declaración. Dicha notificación deberá ser presentada por escrito para certificar la terminación de la pareja de hecho. Si la casilla correspondiente a la pareja de hecho que se describe en la Sección II, sub-sección 3 ha sido marcada, es decir, si ninguno

de los requisitos de elegibilidad de la Sección II, sub-sección 1 o 2 aplican, entendemos que el empleado no puede proporcionar cobertura a otra compañera(o) doméstica(o) bajo un plan de seguro médico que Granite patrocina al menos durante los 12 meses siguientes a la fecha de finalización de la cobertura de la compañera(o) doméstica(o).

IV. Reconocimientos

- 1) Entendemos que el hecho de completar esta declaración jurada no garantiza la elegibilidad de la compañera(o) doméstica(o) de acuerdo con los planes o las políticas que Granite apoya. La elegibilidad y la cobertura para la compañera(o) doméstica(o) será determinada de acuerdo con los términos y las condiciones establecidas en los planes y políticas de Granite.
- 2) Entendemos que la parte de las primas de los empleados para la cobertura de la pareja doméstica generalmente se realizará después de impuestos y la parte que Granite paga por la cobertura de una pareja doméstica generalmente generará ingresos imputados al empleado reportado en el formulario del empleado W-2. Las primas para la cobertura de las parejas domésticas que califican como dependientes de impuestos según las reglas del IRS pueden hacerse antes de impuestos y las parejas domésticas que califican como dependientes de impuestos pueden reembolsar sus gastos de salud bajo la cuenta de gastos flexibles de salud. Entendemos, asimismo, que Granite no nos ofrecerá ningún tipo de consejería en material de impuestos y que, por tanto, es nuestra responsabilidad obtener dicha información de nuestro consejero de impuestos personal.
- 3) Nosotros, los aquí firmantes, entendemos y acordamos que es responsabilidad del empleado de Granite notificar a su compañera(o) que sus beneficios han terminado si dicha terminación es iniciada por el empleado de Granite. Estamos de acuerdo en eximir a Granite y sus compañías de seguros de responsabilidad en caso de que exista cualquier tipo de falta de comunicación al respecto.
- 4) Estamos de acuerdo en cumplir con todos los requisitos, incluidas las reglas que definen el estatus de compañera(o) doméstica(o) dentro de los planes de beneficios de Granite y en el manual de beneficios para los empleados de Granite. Declaramos, bajo pena de perjurio, que las afirmaciones que hemos realizado en esta declaración jurada son verdaderas y correctas.

Anote su nombre	Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre
------------------------	-----------------	----------------------	-----------------------------------

Dirección

Ciudad	Estado	Código postal
---------------	---------------	----------------------

Firma del empleado/a	Fecha
-----------------------------	--------------

Nombre de la pareja	Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre
----------------------------	-----------------	----------------------	-----------------------------------

Firma de la pareja	Fecha
---------------------------	--------------

Nota: Una vez completada esta Declaración Jurada de Parejas de Hecho, por favor envíe este formulario a: The Boon Group: por correo electrónico a: Granite@boongroup.com; o envíela por fax al número: 512-339-6662. La cobertura de su compañera(o) doméstica(o) bajo los planes de beneficios de Granite puede sufrir retrasos si usted no entrega una copia de esta Declaración Jurada de Parejas de Hecho debidamente completada. Usted debe dejarse una copia de la declaración completada para sus propios registros.