



www.seiu36.com



Është koha e hapur e regjistrimi

2025

Udhëzuesi i përfitimeve

Ju keni vetëm deri më 2 dhjetor për t'u regjistruar në BOLR BMCA me kohë të pjesshme për 2025!

Çfarë ka Brenda

Hapni Përmbledhjen e Regjistrimit	2
Faktet themelore	3
Përfitimet dentare	4
Përfitimet e vizionit	5
Sigurimi i Jetës dhe Vdekja dhe Përbërja Aksidentale (AD&D)	6
Përfitimet e aftësisë së kufizuar	7
Shënime të rëndësishme	8

Keni nevojë për një formular?

Shikoni pjesën e përparme të

këtij udhëzuesi – dhe në faqen tonë

të internetit!

Formularët që duhet të plotësoni për t'u regjistruar janë në faqet e para të këtij udhëzuesi dhe në Kontaktet dhe Burimet

faqe (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>) në faqen tonë të internetit.

Formularët në faqe mund të plotësohen në internet.

Thjesht do t'ju duhet t'i printoni për t'i nënshkruar dhe më pas t'i dërgoni me postë në Zyrën e Fondit.



Çdo formular do t'ju tregojë kushtet në të cilat duhet ta

plotësoni. Plotësoni vetëm formularët që vlejné për ju.

Grisni çdo formular të plotësuar në skajin e shpuar dhe dërgojeni në zyrën e Fondit duke

përdorur zarfin e kthimit të përfshirë në këtë udhëzues.

KUJTO: Zgjidh

me kujdes! Pasi të

përfundojë regjistrimi i

hapur, nuk do të mund t'i

ndryshoni zgjedhjet tuaja

deri në periudhën tjetër të

regjistrimit të hapur në

vjeshtën e vitit 2025, për

mbulim që do të hyjë në

fuqi më 1 janar 2026,

përveç nëse keni një ndryshim të kualifikuar të statusit.

Hapni Përmbledhjen e Regjistrimit

tetor 2024

Në këtë udhëzues dhe materialet shoqëruese, do të gjeni informacionin, formularët dhe udhëzimet që ju nevojiten për t'u regjistruar për mbulimin e përfitimeve me kohë të pjeshme BOLR BMCA në 2025.

Regjistrimi i hapur është mundësia juaj vjetore për të rishikuar mbulimin tuaj dhe për të bërë ndryshime në përfitimet që zgjidhni ose vartësit që mbulon. Jashtë regjistrimit të hapur, ju lejohet të bëni ndryshime vetëm nëse ato janë rezultat i një ndryshimi të kualifikuar të jetës (një "ngjarje kualifikuese") siç përshkruhet më poshtë. Ju lutemi rishikoni materialet e bashkangjitura dhe merrni parasysh nevojat tuaja dhe të familjes suaj përpara se të merrni vendime për regjistrim. Nëse dëshironi të bëni ndryshime në statusin tuaj të varur, kthejeni formularin e plotësuar të regjistrimit me kohë të pjeshme në BMCA në Zyrën e Fondit jo më vonë se 2 dhjetor 2024.

Nëse dëshironi të mbani të njëjtat mundësi përfitimesh dhe mbulim që keni tani, nuk keni nevojë të bëni asgjë.

Pyetje?

Nëse keni ndonjë pyetje, ju lutemi mos hezitoni të kontaktoni Zyrën e Fondeve të Përfitimeve.

Mund të na kontaktoni në (215) 568-3262, Extension 1400 ose (800) 338-9025, Extension 1400 (jashtë zonës lokale të thirrjeve). Mund të vini gjithashtu në Zyrën e Fondit të SEIU Local 32 BJ, District 36, e vendosur në 1515 Market Street, Suite 1020, Philadelphia, PA 19102 për të folur me një nga përfaqësuesit tanë. Sigurohuni që të na telefononi së pari përpara se të hyni.

E RËNDËSISHME: Kujtesa e ndryshimit të statusit

Mund të shtoni ose hiqni VETËM persona në varësi ose të bëni ndonjë ndryshim tjetër në mbulimin e përfitimeve tuaja jashtë Regjistrimit të Hapur nëse përjetoni një ngjarje kualifikuese. Një ngjarje kualifikuese do të thotë që ju ose vartësi juaj përjetoni një ndryshim jete që ndikon në administrimin e përfitimeve tuaja. Shembujt përfshijnë martesën, lindjen ose divorcin. Në këto raste, mund t'ju duhet të shtoni ose hiqni vartësit nga mbulimi i Fondit tuaj.

Për të gjitha ngjarjet kualifikuese, ju duhet të siguronit dokumentacionin e ndryshimit të statusit (siç është një certifikatë lindjeje ose martesë). **Zyra e Fondit DUHET të marrë dokumentacionin brenda 31 ditëve nga eventit kualifikues (90 ditë për lindjen e fëmijës suaj).** Ju lutemi rishikoni Përshkrimin e planit tuaj përmbledhës ose kontaktoni Zyrën e Fondit për më shumë informacion mbi kualifikimin ngjarjet.

Shënim: Nëse keni një ngjarje kualifikuese dhe duhet të plotësoni një formular të ri regjistrimi/përfituesi për të pasqyruar ndryshimin e statusit, ju lutemi kontaktoni Zyrën e Fondit.

Ky dokument dhe materialet në paketën tuaj të regjistrimit ofrojnë një përshkrim përmbledhës të përfitimeve të SEIU Local 32BJ, District 36 BOLR Welfare Fund dhe ndryshimet që do të hyjnë në fuqi më 1 janar 2025. Këto materiale plotësojnë përshkrime të tjera të përfitimeve të planit tuaj. Ndryshimet e përshkruara në këto dokumente dhe materialet e bashkangjitura janë efektive që nga 1 janari 2025. Fondi shpreson të vazhdojë Planin dhe përfitimet e përmendura në këto dokumente dhe të përshkruara në broshurën tuaj të përfitimeve për një kohë të pacaktuar, por rezervon të drejtën për të ndryshuar, pezulluar ose të përfundojë Planin, tërësisht ose pjesërisht, në çdo kohë dhe për çfarëdo arsye. As marrja e kësaj pakete regjistrimi dhe as regjistrimi në ndonjë nga përfitimet e ofruara sipas planit nuk përbën një kontratë pune. Ju lutemi lexoni me kujdes këto dokumente dhe mbani këtë informacion të rëndësishëm me materialet e tjera të përfitimt për referencë në të ardhmen.

Faktet Themelore

Kush kualifikohet?

Ju keni të drejtë për Planin BOLR BMCA me kohë të pjesshme nëse punoni në punësim të mbuluar dhe punëdhënësit tuaj i kërkojnë nëpërmjet një marrëveshjeje kolektive të bëjë kontribute në emrin tuaj në Fond.

Nëse keni të drejtë të merrni pjesë në planin BOLR BMCA me kohë të pjesshme, ju gjithashtu mund të regjistroni vartësit tuaj të kualifikuar për përfitimet dentare dhe të shikimit. Vartësit tuaj të kualifikuar përfshijnë:

- Bashkëshorti juaj ligjor (përfshirë bashkëshortin e të njëjtit seks)
- Fëmijët nga lindja deri në moshën 26 vjeç
- Njerka deri në moshën 26 vjeç
- Fëmijë të birësuar (nga data e vendosjes në shtëpinë tuaj) deri në moshën 26 vjeç
- Fëmijë të vendosur për birësim
- Fëmijët mbi moshën 26 vjeç të paaftë për të mbajtur një punë për shkak të dëmtimit mendor ose të meta fizike

Çdo fëmijë për të cilin ju merrni pa pagesë mbështetje nuk do të konsiderohet i varur.

Regjistrimi i vartësve

Ju duhet të plotësoni dhe dorëzoni informacionin e mëposhtëm për të regjistruar personat në ngarkim në Plan:

- **Formulari i regjistrimit në varësi** (mos harroni të plotësoni të dyja palët)
- **Statusi i varur nga dokumenti** —shembuj të dokumentacionit përfshijnë:
 - Çertifikatë e vlefshme shtetërore e lindjes me emrat e të dy prindërve për fëmijë natyralë ose njerë nën moshën 26 vjeç
 - Dëshmi birësimi për një fëmijë të birësuar ligjërisht nën moshën 26 vjeç
 - Nëse kërkojnë të shtoni fëmijët tuaj nën moshën 26 vjeç si rezultat i një urdhri të kualifikuar mjekësor për mbështetjen e fëmijëve, ju lutemi jepni një kopje të urdhrin
 - Dëshmia e numrit të Sigurimeve Shoqërore
 - Nëse keni një fëmijë që duhet të qëndrojë në mbulimin tuaj përtej moshës 26 vjeç për shkak të dëmtimit fizik ose mendor, si rezultat i të cilit ai nuk është në gjendje të mbajë veten, Zyra e Fondit kërkon dokumentimin e paaftësisë së tij në baza periodike. Ky informacion duhet t'i jepet Zyrës së Fondit jo më vonë se 31 ditë nga data e ditëlindjes së 26-të të fëmijës.

Nëse zgjidhni të hiqni një të varur nga Plani, duhet të plotësoni formularin e Opt-Out dhe të dorëzoni në Zyrën e Fondit dëshmi të mbulimit tjetër për atë vartës.

Çdo ndryshim që bëni në statusin tuaj të varur duhet të plotësohet dhe të kthehet në Zyrën e Fondit në zarfin e vulosur të vetë-adresuar brenda datës 2 dhjetor 2024. Nëse nuk shtoni ose hiqni një të varur gjatë regjistrimit të hapur, duhet të prisni ta bëni këtë derisa ju ose vartësi juaj të përjetoni një ngjarje kualifikuese.

Urdhri i kualifikuar për mbështetje mjekësore për fëmijë (QMCSO)

Nëse ju kërkojnë të ofroni mbështetje për fëmijët dhe mbulim të kujdesit shëndetësor sipas një Urdhri të Kualifikuar Mjekësor për Mbështetjen e Fëmijëve (QMCSO), kontaktoni Zyrën e Fondit për një shpjegim të informacionit të kërkuar. Një QMCSO është çdo vendim, dekret ose urdhër i lëshuar nga gjykata që kërkon që ju të ofroni mbulim të kujdesit shëndetësor për një fëmijë. Për informacion shtesë në lidhje me procedurat e administrimit të QMCSO-ve, kontaktoni Zyrën e Fondit.

Përfitimet Dentare

Kujdesi i rregullt dhe profesional dentar nuk është vetëm thelbësor për një shëndet të mirë, por gjithashtu mund të parandalojë probleme serioze ose të kushtueshme. Kjo është arsyeja pse Plani ynë Dentar, i ofruar përmes Delta Dental, mbulon një gamë të plotë shërbimesh dentare, duke përfshirë kujdesin diagnostik dhe parandalues.

Grafiku i Përfitimeve Dentare

E zbritshme	Në rrjet	Jashtë rrjetit
Përfitimi maksimal vjetor¹	3000 dollarë për person, në vit	3000 dollarë për person, në vit
Parandaluese dhe Kujdesi diagnostik <ul style="list-style-type: none">• Provimi me gojë, pastrimi, rreze X të kafshuar (dy herë në vit); radiografi të plotë të gojës çdo 36 muaj• Trajtimet me fluor deri në moshën 19 vjeç (zbatohen kufizime)• Mbytës ose mbajtës të hapësirës (zbatohen kufizimet e moshës)	100%	100% (shuma e lejuar)
Restaurues bazë <ul style="list-style-type: none">• Mbushjet	100%	100% (shuma e lejuar)
Restaurues i madh <ul style="list-style-type: none">• Riparimet e kurorave ekzistuese• Inlays, onlays, kurora, restaurime gipsi• Urat dhe protezat	100%	100% (shuma e lejuar)
Ortodoncia (Vetëm për fëmijët, që i nënshtrohen një maksimumi 4,500 dollarësh gjatë gjithë jetës, me përjashtim të ortodontisë së përshtatshme mjekësore)	100% Maksimumi 1000 dollarë gjatë gjithë jetës	100% (shuma e lejuar)

¹ Maksimumi vjetor për stomatologjinë është një maksimum i kombinuar si për kujdesin brenda dhe jashtë rrjetit. Sipas udhëzimeve të Aktit të Kujdesit të Përballueshëm (ACA), kujdesi dentar pediatrik nuk i nënshtrohet maksimaleve vjetore.

Paracaktimi i përfitimet për trajtim mbi 300 dollarë

Nëse trajtimi juaj pritet të kushtojë 300 dollarë ose më shumë, kërkoni nga dentisti juaj të "përcaktojë përfitimet" me Delta Dental përpara se të fillojë trajtimi (kjo do të thotë të vlerësoni nëse trajtimi i sugjeruar është i përshtatshëm dhe të përcaktoni se sa do të paguajë Plani për kujdesin). Me paracaktim, ju e dini saktësisht se sa do të paguajë Plani—dhe sa do të paguani. Në këtë mënyrë, ju mund të bëni marrëveshje financiare përpara se të fillojë trajtimi.

Për të përcaktuar paraprakisht përfitimet, dentisti juaj duhet të dërgojë një formular pretendimi në Delta Dental duke përshkruar trajtimin e propozuar dhe tarifat e vlerësuara. Delta Dental do t'ju dërgojë një deklaratë që tregon shërbimet që do të mbulojnë dhe sa do të paguajë Plani. Ju mund të rishikoni planin e trajtimit me dentistin tuaj dhe të bini dakord për shërbimet që do të kryhen. Pas përfundimit të trajtimit, kthejeni deklaratën origjinale, me datat e shërbimeve dhe nënshkrimet e nevojshme, në Delta Dental për pagesë.

Ju lutemi rishikoni përshkrimin e planit tuaj përmblendës për një listë të plotë të kufizimeve dhe përjashtimeve dentare.

Përfitimet e Vizionit

Si funksionon plani

Ju keni mundësinë të merrni kujdesin për sytë nga një ofruer pjesëmarrës i Administratorit Kombëtar të Vizionit (NVA) ose ndonjë specialist tjetër i kujdesit për sytë. Megjithatë, ju merrni përfitimet maksimale kur përdorni një mjek okulist ose optometrist pjesëmarrës.

- **Kur përdorni një ofruer pjesëmarrës**, ju merrni përfitime maksimale sepse Planit paguan koston e plotë ose një pjesë të madhe të koston për shumicën e shërbimeve rutinë.
- **Kur përdorni një ofruer jo-pjesëmarrës**, Planit do t'ju rimbursojë për provimet, kornizat e syzeve dhe lentet ose lentet e kontaktit. Ju paguani koston e plotë kur merrni shërbime. Më pas, duhet të paraqisni një kërkesë për t'u rimbursuar për pjesën e planit të koston.

Çfarë paguan plani

Kur merrni shërbime nga një ofruer pjesëmarrës në NVA, Planit paguan koston e një ekzaminimi të syrit një herë në 24 muaj.

Planit paguan gjithashtu për një palë lente dhe korniza të reja ose lente kontakti, deri në 120 dollarë çdo 24 muaj (ose çdo 12 muaj për fëmijët nën 19 vjeç).

Kur merrni shërbime nga një ofruer vizioni jo-pjesëmarrës, Planit do të paguajë deri në 30 dollarë për një ekzaminim të syve një herë në 24 muaj (ose çdo 12 muaj për fëmijët nën 19 vjeç).

Planit paguan gjithashtu deri në 60 dollarë për lentet dhe deri në 60 dollarë për kornizat, ose deri në 120 dollarë për lentet e kontaktit, një herë në 24 muaj për fëmijët dhe të rriturit.

Shpenzimet nuk mbulohen (Ju lutemi, vini re se ky është vetëm një listë e pjesshme.)

Planit i Vizionit nuk mbulon:

- Fotografi e fundusit;
- Trajtimi mjekësor ose kirurgjik i syve;
- Shërbimet ose materialet e ofruara si rezultat i Ligjit për Kompensimin e Punëtorëve ose të marra nga çdo agjenci apo program qeveritar; ose,
- Syze dielli të thjeshta ose me recetë.

Sipas Planit të Vizionit, ju mund të përdorni kartën tuaj të identitetit për të marrë shërbime të kujdesit për sytë ose syze. Megjithatë, ju nuk mund ta përdorni kartën tuaj të kombinuar me ndonjë ofertë të veçantë, si kuponë ose promovime.

Sigurimi i Jetes dhe Vdekja Aksidentale & Sigurimi për copëtim (AD&D).

Sot, sigurimi i jetës është më shumë se një "përfitim i paqes shpirtërore"—është një nga domosdoshmëritë e jetës.

Sigurimi i jetës është krijuar për të ofruar mbrojtje për familjen tuaj, ose këdo që mbështetet në të ardhurat tuaja, nëse vdes. Sigurimi i vdekjes dhe copëtimit aksidental (AD&D) ju paguan një përfitim nëse pësoni një humbje aksidentale të një gjymtyre ose shikimi, dhe paguan një përfitim për përfituesit tuaj nëse vdisni si rezultat i një aksidenti të mbuluar.

Personat në ngarkim nuk kanë të drejtë për mbulimin e sigurimit të jetës dhe AD&D.

Ky përfitim i sigurimit të jetës përgjithësisht paguhet vetëm nëse vdes gjatë punësimit aktiv të mbuluar.

Çdo përfitim AD&D i paguëshëm si rezultat i vdekjes tuaj aksidentale është i barabartë me shumën e sigurimit tuaj të jetës dhe paguhet përveç përfitimit të sigurimit tuaj të jetës.

Shuma e përfitimit AD&D

varet nga lloji i humbjes aksidentale.

Shikoni Përshkrimin e planit tuaj përmbledhës ose telefononi zyrën e fondit për detaje.

Mund të zbatohen

përjashtime dhe kufizime të caktuara.

Shikoni përshkrimin e planit tuaj përmbledhës për një listë të plotë të përjashtimeve dhe kufizimeve.

Përfitim vetëm për punonjësit

Vdekja, natyrale	25,000 dollarë
Vdekje, Aksident	25,000 dollarë (përveç sa më sipër)
Përfitimet e copëtimit	Shuma specifike e përcaktuar nga humbja

Mos harroni - Përfituesi juaj

Për t'u siguruar që çdo përfitim t'i paguhet personit që dëshironi, duhet të emëroni përfituesin tuaj dhe të mbani të përditësuar emërtimet e përfituesve ndërsa jeta juaj ndryshon. Nëse kualifikoheni rishtazi, ose keni ndryshime në statusin tuaj të varur, plotësoni një formular të regjistrimit demografik/Informacionit të përfituesit. Kontaktoni Zyrën e Fondit nëse keni nevojë për një formular të ri. Kthejeni formularin në Zyrën e Fondit.

Përfitimet e aftësisë së kufizuar

Nëse jeni punonjës me kohë të pjesshme dhe punëdhënësi juaj jep një kontribut shtesë në Fond për përfitimet e aftësisë së kufizuar, ju keni të drejtë për përfitime të aftësisë së kufizuar. Përfitimet e aftësisë së kufizuar ju ofrojnë juve dhe familjes suaj një pagesë shtesë javore nëse bëheni të paaftë dhe nuk mund të punoni për shkak të një sëmundjeje ose dëmtimi që nuk lidhet me punën.

Koha specifike për aftësinë e kufizuar përcaktohet nga diagnoza dhe udhëzimet e përcaktuara për aftësinë e kufizuar. Megjithatë, asnjë paaftësi nuk mund të kalojë përfitimin maksimal prej 26 javësh.

Që përfitimet e aftësisë së kufizuar të merren parasysh, duhet të plotësoni një formular të kërkesës për aftësinë e kufizuar dhe duhet të siguroni dokumentacion nga një mjek i kualifikuar ligjrisht që vërteton se jeni me aftësi të kufizuara dhe nuk jeni në gjendje të kryeni detyrat tuaja normale të punës. Ju lutemi vini re: Ofruesit e MHC gjithashtu mund të vërtetojnë paaftësinë.

Nëse kualifikoheni, do të merrni një përfitim javor të barabartë me një përqindje të pagës suaj të rregullt, deri në një maksimum javor, ndërsa jeni me aftësi të kufizuara dhe jeni nën kujdesin e rregullt të drejtpërdrejtë të një mjeku të kualifikuar ligjrisht ose kujdesi juaj po menaxhohet nga një ofrues i shëndetit mendor/përdorimit të substancave MHC.

Kërkesa juaj për aftësinë e kufizuar fillon në ditën e katërt të punës pasi keni vizituar mjekun tuaj si rezultat i paaftësisë suaj. Përfitimet e aftësisë së kufizuar nuk do të paguhen për asnjë periudhë në të cilën keni humbur punën përpara se të vizitoni mjekun tuaj.

Formularët e aftësisë së kufizuar duhet të dorëzohen në kohë. Nëse jeni pa punë për një paaftësi të vazhdueshme që kalon një muaj, duhet të dorëzoni formularët e vazhdimit ("formularët blu") rregullisht - zakonisht një herë në muaj. Shikoni formularin për më shumë informacion rreth kohës dhe afateve. Kontaktoni Zyrën e Fondit për të marrë një formular.

Për më shumë informacion rreth përfitimeve të aftësisë së kufizuar, shihni Përshkrimin e planit tuaj përmbledhës ose telefononi Zyrën e Fondit në 215-568-3262 ose 800-338-9025 jashtë zonës lokale të thirrjeve.

* Nëse punëdhënësi tuaj i kërkohet të japë një kontribut shtesë për përfitimet e aftësisë së kufizuar.

Ju lutemi vini re: Disa punëdhënëses mund të jenë ende nën pagesën e përfitimit të tarifës së sheshtë, bazuar në kërkesat e tyre të kontratës. Nëse keni të drejtë për përfitimin javor të tarifës së sheshtë për punonjësit me kohë të pjesshme që punojnë më pak se 30 orë në javë, tarifa do të jetë 130 dollarë në javë.

"Mjeku i kualifikuar ligjrisht" përfshin Mjekët e Mjekësisë (MD), Mjekët e Osteopatisë (DO), Mjekët e Kirurgjisë Dentare (DDS), Doktorët e Mjekësisë Dentare (DMD), ose Doktorët e Mjekësisë Podiatrike (DPM).

Çdo kërkesë për paaftësi duhet të depozitohet në Zyrën e Fondit brenda 60 ditëve nga data fillestare e paaftësisë suaj. Sigurohuni që të gjitha seksionet të jenë plotësuar dhe nënshkruar nga ju, punëdhënësi juaj dhe mjeku juaj mjek përpara se t'i dorëzoni në Zyrën e Fondit.

Njoftime të rëndësishme

SEIU Local 32 BJ, District 36 BOLR Welfare Fund ("Fondi") kërkohet t'ju japë njoftimet e mëposhtme të rëndësishme. Ju lutemi rishikoni ato me kujdes në mënyrë që të kuptoni të drejtat dhe përgjegjësitë tuaja.

Të drejtat e veçanta të regjistrimit të HIPAA

Nëse jeni duke refuzuar regjistrimin në planin e sigurimit shëndetësor për veten ose për personat në ngarkim (përfshirë bashkëshortin tuaj) për shkak të mbulimeve të tjera të sigurimit shëndetësor, në të ardhmen mund të jeni në gjendje të regjistroni veten ose vartësit tuaj në këtë plan, me kusht që të kërkonti regjistrimin brenda 31 ditë pasi mbaron mbulimi juaj tjetër dhe siguroni dokumentacionin mbështetës. Përveç kësaj, nëse keni një vartës të ri si rezultat i martesës, birësimit ose vendosjes për birësim, mund të jeni në gjendje të regjistroni veten dhe personat në ngarkim në planin e sigurimit shëndetësor, me kusht që të kërkonti regjistrimin brenda 31 ditëve pas martesës. adoptim, ose vendosje për birësim. Nëse keni një vartës të ri si rezultat i lindjes, mund të jeni në gjendje të regjistroni veten dhe të varurit tuaj në planin e sigurimit shëndetësor, me kusht që të kërkonti regjistrimin brenda 90 ditëve pas lindjes.

Fondi do të lejojë gjithashtu një mundësi të veçantë regjistrimi nëse ju ose vartësit tuaj të kualifikuar:

- Humbni mbulimin e Programit të Sigurimit Shëndetësor të Medicaid ose të Fëmijëve (CHIP) sepse nuk jeni më të përshtatshëm, ose
- Bëhuni të kualifikuar për programin e ndihmës premium të një shteti nën Medicaid ose CHIP.

Për këto mundësi regjistrimi, do të keni 60 ditë nga data e Medicaid/
Ndryshimi i përshtatshmërisë së CHIP-it për të kërkuar regjistrimin në mbulimin e Fondit. Vini re se kjo zgjatje 60-ditore zbatohet **vetëm** për mundësitë e regjistrimit për shkak të ndryshimeve të përshtatshmërisë së Medicaid/CHIP.

Materialet e regjistrimit duhet të plotësohen dhe të gjitha dëshmitë e statusit të varur t'i jepen Planit brenda 31, 60 ose 90 ditëve nga kërkesa për Regjistrim Special. Nëse nuk jeni në gjendje të plotësoni materialet e regjistrimit dhe të siguroni prova të statusit të varur brenda kornizës kohore (për shembull, nëse nevojitet kohë shtesë për të marrë një certifikatë lindjeje për një të porsalindur), afati mund të zgjatet.

KOBRA

Sipas Aktit të Konsoliduar të Pajtitimit të Buxhetit Omnibus të vitit 1986 (COBRA), ju dhe vartësit tuaj të kualifikuar mund të vazhdoni mbulimin mjekësor deri në 18 muaj nëse mbulimi përfundon sepse:

- Ju e përfundoni marrëdhënien e punës për çfarëdo arsye (përveç sjelljes së keqe të rëndë), ose
- Keni një ulje të orarit të punës.

COBRA gjithashtu lejon që vartësit tuaj të kualifikuar të vazhdojnë mbulimin e tyre mjekësor deri në 36 muaj nëse mbulimi do të përfundonte ndryshe sepse:

- Ti vdes,
- Ju dhe bashkëshorti juaj divorcoheni ose ndaheni ligjërisht,
- Ju kualifikoheni për Medicare, ose
- Personat në ngarkim tuaj nuk kanë më të drejtë për mbulim sipas planit mjekësor.

Ju dhe vartësit tuaj në përgjithësi mund të zgjidhni të vazhdoni mbulimin në çdo kohë brenda 60 ditëve të para pas përfundimit të mbulimit ose 60 ditëve nga data e marrjes së njoftimit, cilado qoftë më vonë. Mbulimi i vazhdueshëm hyn në fuqi në ditën e parë të muajit pas datës së ngjarjes që shkaktoi përfundimin e mbulimit, për sa kohë që ju paguani primin e nevojshëm. Ju mund të vazhdoni mbulimin që ishte në fuqi vetëm një ditë para ngjarjes. Megjithatë, ju mund të bëni ndryshime në zgjedhjet tuaja çdo vit gjatë periudhës vjetore të regjistrimit të hapur.

Nëse plani mjekësor ndryshon, këto ndryshime do të zbatohen edhe për mbulimin nën COBRA.

Për të marrë mbulim sipas COBRA, ju dhe/ose vartësit tuaj të kualifikuar duhet të bëni një zgjedhje në kohë dhe të bëni pagesa mujore të primit.

Ligji për mbrojtjen e shëndetit të të porsalindurve dhe nënave

Planet e grupit shëndetësor dhe lëshuesit e sigurimeve shëndetësore në përgjithësi, sipas ligjit federal, nuk mund të kufizojnë përfitimet për çdo kohëzgjatje qëndrimi në spital në lidhje me lindjen e nënës ose fëmijës së porsalindur në më pak se 48 orë pas lindjes vaginale, ose më pak se 96 orë pas lindjes prerje cezariene. Megjithatë, ligji federal në përgjithësi nuk e ndalon ofruesin e nënës ose të porsalindurit që merr pjesë, pas konsultimit me nënën, të shkarkojë nënën ose të porsalindurin e saj më herët se 48 orë (ose 96 orë sipas rastit).

Në çdo rast, planet dhe emetuesit nuk mund të kërkojnë, sipas ligjit federal, që një ofrues të marrë autorizim nga plani ose lëshuesi për të përshkruar një kohëzgjatje qëndrimi jo më të madhe se 48 orë (ose 96 orë sipas rastit).

Ligji për Shëndetin e Grave dhe të Drejtat e Kancerit

Akti për Shëndetin e Grave dhe të Drejtat e Kancerit kërkon që planet shëndetësore të grupeve dhe kompanitë e tyre të sigurimit dhe HMO-të të ofrojnë përfitime të caktuara për pacientët me mastektomi që zgjedhin rindërtimin e gjirit. Në rastin e një pjesëmarrësi të planit që merr përfitime në lidhje me një mastektomi, mbulimi do të sigurohet në një mënyrë të përcaktuar në konsultim me mjekun që merr pjesë për:

- Të gjitha fazat e rindërtimit të gjirit në të cilin është kryer mastektomia;
- Operacioni dhe rindërtimi i gjoksit tjetër për të prodhuar një pamje simetrike; dhe
- Proteza dhe trajtimi i komplikimeve fizike të mastektomisë, duke përfshirë limfedema

Përfitimet e rindërtimit të gjirit janë subjekt i zbritjeve dhe kufizimeve të bashkësigurimit që janë në përputhje me ato të vendosura për përfitime të tjera sipas skemës.

Kujtesa e Njoftimit të Privatësisë HIPAA

Regullat e privatësisë sipas Aktit të Transportueshmërisë dhe Përgjegjshmërisë së Sigurimeve Shëndetësore (HIPAA) kërkojnë që Plani i Mirëqenies së SEIU Local 32 BJ, District 36 BOLR ("Plani") të dërgojë periodikisht një kujtesë për pjesëmarrësit në lidhje me disponueshmërinë e Njoftimit të Privatësisë së Planit dhe se si të merrni atë njoftim. Njoftimi i privatësisë shpjegon të drejtat e pjesëmarrësve dhe detyrat ligjore të Planit në lidhje me informacionin e mbrojtur shëndetësor (PHI) dhe mënyrën se si Plani mund të përdorë dhe të zbulojë PHI. Ju gjithashtu mund të merrni një kopje të Njoftimit të Privatësisë duke kontaktuar Zyrën e Fondit në 215-568-3262, Extension 1400 ose 800-338-9025, Extension 1400 (jashtë zonës lokale të thirrjeve).

Medicaid dhe Programi i Sigurimit Shëndetësor të Fëmijëve (CHIP)

Asistenca Premium nën Medicaid dhe Programin e Sigurimit Shëndetësor të Fëmijëve (CHIP)

Nëse ju ose fëmijët tuaj kualifikoheni për Medicaid ose CHIP dhe keni të drejtë për mbulim shëndetësor nga punëdhënësi juaj, shteti juaj mund të ketë një program asistence premium që mund të ndihmojë në pagesën e mbulimit, duke përdorur fondet nga programet e tyre Medicaid ose CHIP. Nëse ju ose fëmijët tuaj nuk kualifikoheni për Medicaid ose CHIP, nuk do të keni të drejtë për këto programe të asistencës premium, por mund të jeni në gjendje të blini mbulim individual të sigurimit nëpërmjet Tregut të Sigurimeve Shëndetësore. Për më shumë informacion, vizitoni www.healthcare.gov.

Nëse ju ose vartësit tuaj tashmë jeni regjistruar në Medicaid ose CHIP dhe jetoni në një shtet të listuar më poshtë, kontaktoni me zyrën tuaj shtetërore të Medicaid ose CHIP për të zbuluar nëse ofrohet ndihma premium.

Nëse ju ose personat tuaj në ngarkim NUK jeni regjistruar aktualisht në Medicaid ose CHIP dhe mendoni se ju ose ndonjë prej vartësve tuaj mund të kualifikoheni për njërin nga këto programe, kontaktoni me zyrën tuaj shtetërore të Medicaid ose CHIP ose telefononi **877-KIDS NOW** ose www.insurekidsnow.gov për të mësuar se si të aplikoni. Nëse kualifikoheni, pyesni shtetin tuaj nëse ka një program që mund t'ju ndihmojë të paguani primet për një plan të sponsorizuar nga punëdhënësi.

Nëse ju ose personat tuaj në ngarkim keni të drejtë për ndihmë premium sipas Medicaid ose CHIP, si dhe të kualifikuar sipas planit tuaj të punëdhënësit, punëdhënësi juaj duhet t'ju lejojë të regjistroheni në planin tuaj të punëdhënësit nëse nuk jeni regjistruar tashmë. Kjo quhet një mundësi "regjistrimi special" dhe **ju duhet të kërkonti mbulim brenda 60 ditëve nga përcaktimi i të drejtës për asistencë premium**. Nëse keni pyetje rreth regjistrimit në planin tuaj të punëdhënësit, kontaktoni Departamentin e Punës në www.askebsa.dol.gov ose telefononi **866-444-EBSA (3272)**.

Lista e mëposhtme e shteteve është aktuale që nga 31 korriku 2024. Kontaktoni shtetin tuaj për më shumë informacion mbi përshtatshmërinë.

PENSILVANIA	Medicaid dhe CHIP
Faqja e internetit e Medicaid	https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html
Telefon Medicaid	800-692-7462
Faqja e internetit e CHIP-it	https://www.dhs.pa.gov/CHIP/Pages/CHIP.aspx
Telefoni CHIP	800-986-FËMIJË (5437)
NEW JERSEY	Medicaid dhe CHIP
Faqja e internetit e Medicaid	http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/
Telefon Medicaid	800-356-1561
Telefoni i asistencës premium CHIP	609-631-2392
Faqja e internetit e CHIP-it	http://www.njfamilycare.org/index.html
Telefoni CHIP	800-701-0710 (TTY: 711)
NJU YORK	Medicaid
Faqja e internetit e Medicaid	https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/
Telefon Medicaid	800-541-2831
DELAWARE	Medicaid dhe CHIP
Faqja e internetit e Medicaid	http://dhss.delaware.gov/dhss/dmma/medicaid.html
Telefon Medicaid	302-571-4900 ose 866-843-7212
Faqja e internetit e CHIP-it	http://dhss.delaware.gov/dhss/dmma/dhcp.html
Telefoni CHIP	302-571-4900 ose 866-843-7212
MARYLAND	Medicaid dhe CHIP
Faqja e internetit e Medicaid	https://health.maryland.gov/mmcp/Pages/home.aspx
Telefon Medicaid	855-642-8572
Faqja e internetit e CHIP-it	https://mmcp.health.maryland.gov/chp/pages/home.aspx
Telefoni CHIP	855-642-8572 (TTY 711)

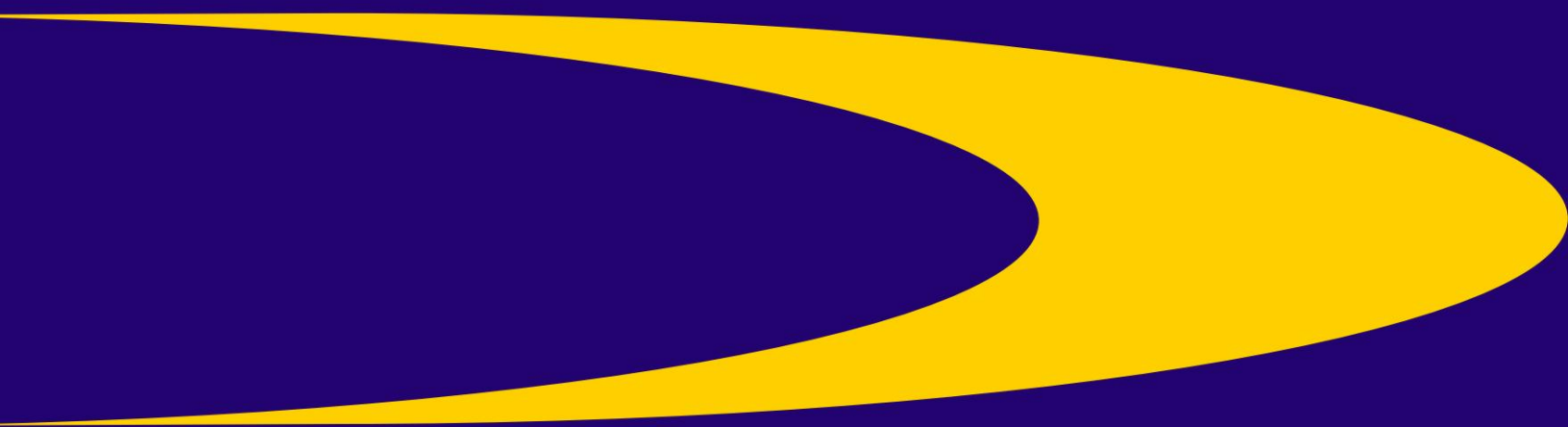
Për të parë nëse shteti juaj ka një program asistence premium ose për më shumë informacion mbi të drejtat e veçanta të regjistrimit, kontaktoni:

Departamenti Amerikan i Punës
 Departamenti Amerikan i Shëndetësisë dhe Shërbimeve Njerëzore
 Qendrat e Administrimit të Sigurisë së Përfitimave të Punonjësve për Shërbimet Medicare & Medicaid
www.dol.gov/agencies/ebsa www.cms.hhs.gov

866-444-EBSA (3272)

877-267-2323, Opsioni i menysë 4, Sht. 61565

www.seiu36.com



tetor 2024

Bashkimi Bug