



www.seiu36.com



È tempo di iscrizioni aperte!

2025
Guida ai vantaggi

**Hai tempo solo fino al 2 dicembre per
iscriverti ai benefici part-time BOLR
BMCA per il 2025!**

Cosa c'è dentro

Panoramica sulle iscrizioni aperte	2
Informazioni di base	3
Prestazioni odontoiatriche	4
Benefici per la vista	5
Assicurazione sulla vita e assicurazione contro morte e mutilazione accidentale (AD&D)	6
Prestazioni di invalidità	7
Avvisi importanti	8

Hai bisogno di un modulo?

Consulta la prima
pagina di questa Guida e
il nostro sito web!

I moduli che devi compilare
per l'iscrizione si trovano nelle
prime pagine di questa guida
e nella sezione Contatti e
risorse

pagina (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>) sul
nostro sito web. I moduli sul
sito possono essere
compilati online. Dovrai solo
stamparli per firmarli e poi
inviarli per posta al Fund
Office.



Ogni modulo ti indicherà le
condizioni in base alle quali
dovresti compilarlo. Compila
solo i moduli che si applicano
a te. Strappa ogni modulo
compilato sul bordo
perforato e spedisilo al
Fund Office utilizzando la
busta di ritorno inclusa in
questa guida.

RICORDA: Scegli

con attenzione! Una
volta terminato l'Open
Enrollment, non potrai
modificare le tue elezioni
fino al successivo periodo
di Open Enrollment
nell'autunno del 2025, per
una copertura effettiva dal
1° gennaio 2026, a meno
che tu non abbia un cambio di stato qualificato.

Panoramica sulle iscrizioni aperte

Ottobre 2024

In questa guida e nei materiali allegati troverai le informazioni, i moduli e le istruzioni necessarie per iscriverti alla copertura dei benefit BOLR BMCA Part-Time nel 2025.

L'iscrizione aperta è la tua opportunità annuale di rivedere la tua copertura e apportare modifiche ai benefit che scegli o ai familiari che copri. Al di fuori dell'iscrizione aperta, ti è consentito apportare modifiche solo se sono il risultato di un cambiamento di vita qualificato (un "evento qualificante") come descritto di seguito. Si prega di esaminare i materiali allegati e di considerare le proprie esigenze e quelle della propria famiglia prima di prendere decisioni in merito all'iscrizione. Se desideri apportare modifiche al tuo stato di familiare, restituisci il modulo di iscrizione part-time BMCA compilato all'ufficio del fondo entro e non oltre il 2 dicembre 2024.

Se desideri mantenere le stesse opzioni di benefit e la stessa copertura di cui hai bisogno ora, non devi fare nulla.

Domande?

Per qualsiasi domanda non esitate a contattare l'ufficio dei fondi pensione. Puoi contattarci al numero (215) 568-3262, interno 1400 o al numero (800) 338-9025, interno 1400 (al di fuori dell'area di chiamata locale). Puoi anche recarti presso l'ufficio SEIU Local 32 BJ, District 36 Fund Office situato in 1515 Market Street, Suite 1020, Philadelphia, PA 19102 per parlare con uno dei nostri rappresentanti. Assicurati di chiamarci prima di venire.

IMPORTANTE: Promemoria di modifica dello stato

Puoi aggiungere o rimuovere persone a carico o apportare altre modifiche alla copertura dei tuoi benefit SOLO al di fuori dell'Open Enrollment se hai un evento qualificante. Un evento qualificante significa che tu o la persona a carico subite un cambiamento di vita che influisce sull'amministrazione dei tuoi benefit. Esempi includono il matrimonio, il parto o il divorzio. In questi casi, potresti dover aggiungere o rimuovere persone a carico dalla copertura del tuo Fondo.

Per tutti gli eventi qualificanti, devi fornire la documentazione del cambio di stato (ad esempio un certificato di nascita o di matrimonio). **Il Fund Office DEVE ricevere la documentazione entro 31 giorni dall'evento qualificante (90 giorni per la nascita del tuo bambino).** Rivedi la tua Summary Plan Description o contatta il Fund Office per maggiori informazioni sulla qualificazione eventi.

Nota: se si verifica un evento qualificante e si ha la necessità di compilare un nuovo modulo di censimento/beneficiario per riflettere il cambiamento di stato, contattare l'ufficio del Fondo.

Questo documento e i materiali nel tuo pacchetto di iscrizione forniscono una descrizione riassuntiva dei tuoi benefit del SEIU Local 32BJ, District 36 BOLR Welfare Fund e delle modifiche che entreranno in vigore il 1° gennaio 2025. Questi materiali integrano altre descrizioni dei benefit del tuo Piano. Le modifiche descritte in questi documenti e nei materiali allegati entrano in vigore il 1° gennaio 2025. Il Fondo spera di continuare il Piano e i benefit menzionati in questi documenti e descritti nel tuo opuscolo sui benefit a tempo indeterminato, ma si riserva il diritto di modificare, sospendere o terminare il Piano, in tutto o in parte, in qualsiasi momento e per qualsiasi motivo. Né la ricezione di questo pacchetto di iscrizione né l'iscrizione a uno qualsiasi dei benefit offerti dal Piano costituiscono un contratto di lavoro. Si prega di leggere attentamente questi documenti e di conservare queste importanti informazioni con gli altri materiali sui benefit per riferimento futuro.

Fatti di base

Chi è idoneo?

Hai diritto al BOLR BMCA Part-Time Plan se lavori in un impiego coperto e il tuo datore di lavoro è tenuto, tramite un contratto di contrattazione collettiva, a versare contributi per tuo conto al Fondo.

Se sei idoneo a partecipare al BOLR BMCA Part-Time Plan, puoi anche iscrivere i tuoi familiari idonei per i benefit odontoiatrici e visivi. I tuoi familiari idonei includono:

- Il tuo coniuge legale (incluso il coniuge dello stesso sesso)
- Bambini dalla nascita fino a 26 anni
- Figliastri fino a 26 anni
- Bambini adottati (dalla data di collocamento nella tua casa) fino a 26 anni
- Bambini dati in adozione
- Bambini di età superiore ai 26 anni incapaci di mantenere un impiego a causa di disabilità mentale o fisica

Nessun figlio per il quale ci si assume gratuitamente il mantenimento sarà considerato a carico.

Iscrizione dei familiari a carico

Per iscrivere i tuoi familiari a carico al Piano, devi compilare e inviare le seguenti informazioni:

- **Modulo di iscrizione per i familiari a carico** (ricordarsi di compilare entrambi i lati)
- **Stato dipendente dal documento** : esempi di documentazione includono:
 - Certificato di nascita valido dello stato che indica entrambi i genitori per i figli naturali o figliastri sotto i 26 anni
 - Prova di adozione per un bambino adottato legalmente di età inferiore ai 26 anni
 - Se è necessario aggiungere i figli di età inferiore ai 26 anni a seguito di un ordine di mantenimento medico qualificato, fornire una copia dell'ordine
 - Prova del numero di previdenza sociale
 - Se hai un figlio che deve rimanere nella tua copertura oltre i 26 anni a causa di una menomazione fisica o mentale a causa della quale non è in grado di sostenersi, il Fund Office richiede la documentazione della sua disabilità su base periodica. Queste informazioni devono essere fornite al Fund Office entro e non oltre 31 giorni dalla data del 26° compleanno del figlio.

Se si sceglie di rimuovere un familiare a carico dal Piano, è necessario compilare il modulo di esclusione e inviare la prova di un'altra copertura per tale familiare a carico all'ufficio del Fondo.

Ogni modifica apportata al tuo stato di persona a carico deve essere completata e restituita all'ufficio del Fondo nella busta affrancata e indirizzata al mittente entro il 2 dicembre 2024. Se non aggiungi o elimini una persona a carico durante l'iscrizione aperta, devi attendere di farlo finché tu o la persona a carico non sperimentate un evento qualificante.

Ordine di mantenimento medico qualificato per i figli (QMCSO)

Se sei tenuto a fornire il mantenimento dei figli e la copertura sanitaria ai sensi di un Qualified Medical Child Support Order (QMCSO), contatta il Fund Office per una spiegazione delle informazioni richieste. Un QMCSO è qualsiasi sentenza, decreto o ordine emesso dal tribunale che richiede di fornire la copertura sanitaria per un figlio. Per ulteriori informazioni sulle procedure di amministrazione dei QMCSO, contatta il Fund Office.

Prestazioni odontoiatriche

Una cura dentistica regolare e professionale non è solo essenziale per una buona salute, ma può anche prevenire problemi seri o costosi. Ecco perché il nostro Dental Plan, fornito tramite Delta Dental, copre una gamma completa di servizi dentistici, tra cui cure diagnostiche e preventive.

Tabella dei benefici dentali

Deducibile	Nella rete	Fuori dalla rete
Beneficio massimo annuo¹	\$ 3.000 a persona, all'anno	\$ 3.000 a persona, all'anno
Preventivo e Assistenza diagnostica <ul style="list-style-type: none"> • Esame orale, pulizia, radiografie bitewing (due volte l'anno); radiografie complete della bocca ogni 36 mesi • Trattamenti al fluoro fino a 19 anni (si applicano dei limiti) • Sigillanti o mantenitori di spazio (si applicano limiti di età) 	100%	100% (importo consentito)
Restaurativo di base <ul style="list-style-type: none"> • Ripieni 	100%	100% (importo consentito)
Maggiore Restaurativo <ul style="list-style-type: none"> • Riparazioni di corone esistenti • Intarsi, onlay, corone, restauri in fusione • Ponti e protesi dentarie 	100%	100% (importo consentito)
Ortodonzia (Solo bambini, soggetti a un massimo di \$ 4.500 a vita, fatta eccezione per l'ortodonzia medica appropriata)	100% Massimo di \$ 1.000 a vita	100% (importo consentito)

¹ Il massimo annuale per l'assistenza odontoiatrica è un massimo combinato per l'assistenza in- e out-of-network. In base alle linee guida dell'Affordable Care Act (ACA), l'assistenza odontoiatrica pediatrica non è soggetta ai massimi annuali.

Predeterminare i benefici per il trattamento oltre i \$ 300

Se si prevede che il trattamento costerà \$ 300 o più, chiedi al tuo dentista di "predeterminare i benefici" con Delta Dental prima dell'inizio del trattamento (ciò significa valutare se il trattamento suggerito è appropriato e determinare quanto il Piano pagherà per le cure). Con la predeterminazione, sai esattamente quanto pagherà il Piano e quanto pagherai tu. In questo modo, puoi prendere accordi finanziari prima dell'inizio del trattamento.

Per predeterminare i benefici, il tuo dentista deve inviare un modulo di richiesta a Delta Dental descrivendo il trattamento proposto e le spese stimate. Delta Dental ti invierà un estratto conto che mostra i servizi che saranno coperti e quanto pagherà il Piano. Puoi rivedere il piano di trattamento con il tuo dentista e concordare i servizi da eseguire. Dopo il completamento del trattamento, restituisci l'estratto conto originale, con le date dei servizi e le firme necessarie, a Delta Dental per il pagamento.

Per un elenco completo delle limitazioni ed esclusioni odontoiatriche, consulta la Descrizione riassuntiva del piano.

Vantaggi della vista

Come funziona il piano

Hai la possibilità di ricevere cure oculistiche da un fornitore partecipante al National Vision Administrator (NVA) o da qualsiasi altro specialista della cura degli occhi. Tuttavia, ricevi i massimi benefici quando utilizzi un oculista o un optometrista partecipante.

- **Quando utilizzi un fornitore partecipante**, ricevi i massimi vantaggi perché il Piano paga l'intero costo o una gran parte del costo per la maggior parte dei servizi di routine.
- **Quando utilizzi un fornitore non partecipante**, il Piano ti rimborserà gli esami, le montature degli occhiali e le lenti o le lenti a contatto. Paghi il costo totale quando ricevi i servizi. Quindi, devi presentare un reclamo per essere rimborsato per la quota di costo del Piano.

Cosa paga il piano

Quando si usufruisce di servizi da un fornitore partecipante al NVA, il piano copre il costo di un esame della vista una volta ogni 24 mesi.

Il piano copre anche l'acquisto di un nuovo paio di lenti e montature o lenti a contatto, fino a 120 \$ ogni 24 mesi (o ogni 12 mesi per i bambini sotto i 19 anni).

Se si usufruisce di servizi da un oculista non partecipante, il Piano pagherà fino a 30 \$ per un esame della vista una volta ogni 24 mesi (o ogni 12 mesi per i bambini di età inferiore ai 19 anni).

Il piano copre anche fino a 60 \$ per le lenti e fino a 60 \$ per le montature, oppure fino a 120 \$ per le lenti a contatto, una volta ogni 24 mesi per bambini e adulti.

Spese non coperte (si prega di notare che questo è solo un elenco parziale.)

Il Vision Plan non copre:

- Fotografia del fondo oculare;
- Trattamento medico o chirurgico degli occhi;
- Servizi o materiali forniti a seguito della legge sulla compensazione dei lavoratori o ottenuti da qualsiasi agenzia o programma governativo; o,
- Occhiali da sole semplici o graduati.

Con il Vision Plan, puoi usare la tua carta d'identità per ottenere servizi di cura della vista o occhiali. Tuttavia, non puoi usare la tua carta insieme a offerte speciali, come coupon o promozioni speciali.

Assicurazione sulla vita e morte accidentale e Assicurazione contro lo smembramento (AD&D)

Oggi giorno, l'assicurazione sulla vita è più di un semplice "vantaggio per la tranquillità": è una necessità della vita.

L'assicurazione sulla vita è progettata per offrire protezione alla tua famiglia, o a chiunque conti sul tuo reddito, in caso di decesso. L'assicurazione per morte e mutilazione accidentale (AD&D) ti paga un beneficio se subisci una perdita accidentale di un arto o della vista, e paga un beneficio al/ai tuo/i beneficiario/i se muori a seguito di un incidente coperto.

I familiari a carico non hanno diritto alla copertura assicurativa sulla vita e sulla morte.

Questa prestazione assicurativa sulla vita è generalmente erogabile solo in caso di decesso durante lo svolgimento di un impiego attivo e coperto.

Qualsiasi indennità AD&D pagabile a seguito di decesso accidentale è pari all'importo dell'assicurazione sulla vita e viene versata in aggiunta alla prestazione dell'assicurazione sulla vita.

L'importo dell'indennità

AD&D dipende dal tipo di perdita accidentale.

Per maggiori dettagli, consulta la Descrizione sintetica del tuo piano oppure chiama l'ufficio del Fondo.

Potrebbero applicarsi esclusioni e limitazioni.

Per un elenco completo delle esclusioni e delle limitazioni, consulta la Descrizione riassuntiva del piano.

Beneficio solo per i dipendenti

Morte, Naturale	\$25.000
Morte, incidente	\$ 25.000 (in aggiunta a quanto sopra)
Benefici per lo smembramento	Importo specifico determinato dalla perdita

Non dimenticare: il tuo beneficiario

Per assicurarti che i benefici vengano erogati alla persona che desideri, devi nominare il beneficiario e mantenere aggiornate le designazioni dei beneficiari man mano che la tua vita cambia. Se sei di recente idoneo o hai cambiamenti nel tuo stato di dipendente, compila un modulo Demographic Census/Beneficiary Information. Contatta l'ufficio del Fondo se hai bisogno di un nuovo modulo. Restituire il modulo all'ufficio del Fondo.

Prestazioni di invalidità

Se sei un dipendente part-time e il tuo datore di lavoro versa un contributo aggiuntivo al Fondo per i sussidi di invalidità, hai diritto ai sussidi di invalidità. I sussidi di invalidità forniscono a te e alla tua famiglia un pagamento settimanale supplementare se diventi disabile e non puoi lavorare a causa di una malattia o di un infortunio non correlati al lavoro.

Il periodo di tempo specifico per l'invalidità è determinato dalla diagnosi e dalle linee guida stabilite per l'invalidità. Tuttavia, nessuna invalidità può superare il beneficio massimo di 26 settimane.

Per prendere in considerazione i benefici di invalidità, devi compilare un modulo di richiesta di invalidità e devi fornire la documentazione di un medico legalmente qualificato che certifichi che sei disabile e incapace di svolgere le tue normali mansioni lavorative. Nota: anche i fornitori di MHC possono certificare l'invalidità.

Se sei idoneo, riceverai un sussidio settimanale pari a una percentuale della tua retribuzione regolare, fino a un massimo settimanale, mentre sei disabile e rimani sotto la diretta e regolare cura di un medico legalmente qualificato o le tue cure sono gestite da un fornitore di servizi di salute mentale/abuso di sostanze del MHC.

La tua richiesta di invalidità inizia il quarto giorno lavorativo dopo la visita dal tuo medico a causa della tua invalidità. I sussidi di invalidità non saranno pagati per nessun periodo in cui hai perso il lavoro prima di visitare il tuo medico.

I moduli di invalidità devono essere presentati in tempo. Se sei disoccupato per un'invalidità continuativa che supera un mese, devi presentare i moduli di continuazione ("moduli blu") regolarmente, solitamente una volta al mese. Consulta il modulo per maggiori informazioni su tempi e scadenze.

Contattare l'ufficio del Fondo per ottenere un modulo.

Per maggiori informazioni sui sussidi di invalidità, consulta la Descrizione riassuntiva del tuo piano o chiama l'ufficio del Fondo al numero 215-568-3262 o 800-338-9025 al di fuori dell'area di chiamata locale.

* Se il tuo datore di lavoro è tenuto a versare un contributo aggiuntivo per l'indennità di invalidità.

Nota bene: alcuni datori di lavoro potrebbero ancora essere soggetti all'indennità forfettaria, in base ai requisiti contrattuali. Se hai diritto all'indennità forfettaria settimanale per dipendenti part-time che lavorano meno di 30 ore a settimana, la tariffa sarà di \$ 130 a settimana.

"Medico legalmente qualificato" include medici (MD), dottori in osteopatia (DO), dottori in chirurgia odontoiatrica (DDS), dottori in medicina odontoiatrica (DMD) o dottori in medicina podologica (DPM).

Ogni richiesta di invalidità deve essere presentata al Fund Office entro 60 giorni dalla data iniziale della tua invalidità. Assicurati che tutte le sezioni siano compilate e firmate da te, dal tuo datore di lavoro e dal tuo medico curante prima di inviarle al Fund Office.

Avvisi importanti

Il SEIU Local 32 BJ, District 36 BOLR Welfare Fund ("il Fondo") è tenuto a fornirti le seguenti importanti notifiche. Ti preghiamo di esaminarle attentamente per comprendere i tuoi diritti e responsabilità.

Diritti speciali di iscrizione HIPAA

Se stai rifiutando l'iscrizione al piano di assicurazione sanitaria per te o per i tuoi familiari a carico (incluso il tuo coniuge) a causa di un'altra copertura assicurativa sanitaria, potresti in futuro essere in grado di iscrivere te stesso o i tuoi familiari a carico a questo piano, a condizione che tu richiedi l'iscrizione entro 31 giorni dalla fine dell'altra copertura e fornisca la documentazione di supporto. Inoltre, se hai un nuovo familiare a carico a seguito di matrimonio, adozione o affidamento per adozione, potresti essere in grado di iscrivere te stesso e i tuoi familiari a carico al piano di assicurazione sanitaria, a condizione che tu richiedi l'iscrizione entro 31 giorni dal matrimonio, dall'adozione o dall'affidamento per adozione. Se hai un nuovo familiare a carico a seguito di nascita, potresti essere in grado di iscrivere te stesso e i tuoi familiari a carico al piano di assicurazione sanitaria, a condizione che tu richiedi l'iscrizione entro 90 giorni dalla nascita.

Il Fondo consentirà inoltre un'opportunità di iscrizione speciale se tu o i tuoi familiari aventi diritto:

- Perdere la copertura Medicaid o del programma di assicurazione sanitaria per bambini (CHIP) perché non si è più idonei, oppure
- Avere diritto al programma di assistenza per i premi assicurativi di uno stato nell'ambito di Medicaid o CHIP.

Per queste opportunità di iscrizione, avrai 60 giorni dalla data del Medicaid/
Cambiamento di idoneità CHIP per richiedere l'iscrizione alla copertura del Fondo. Si noti che questa estensione di 60 giorni si applica **solo** alle opportunità di iscrizione dovute a cambiamenti di idoneità Medicaid/CHIP.

I materiali di iscrizione devono essere completati e tutte le prove di stato di dipendenza devono essere fornite al Piano entro 31, 60 o 90 giorni dalla richiesta di iscrizione speciale. Se non si è in grado di completare i materiali di iscrizione e fornire la prova di stato di dipendenza entro il lasso di tempo (ad esempio, se è necessario ulteriore tempo per ottenere un certificato di nascita per un neonato), la scadenza potrebbe essere prorogata.

COBRA

Ai sensi del Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act del 1986 (COBRA), tu e i tuoi familiari aventi diritto potete continuare la copertura medica fino a 18 mesi se la copertura termina perché:

- Rescindi il rapporto di lavoro per qualsiasi motivo (diverso da grave condotta scorretta), oppure
- Hai una riduzione delle ore di lavoro.

COBRA consente inoltre ai tuoi familiari aventi diritto di continuare la loro copertura medica fino a 36 mesi, nel caso in cui la copertura dovesse altrimenti terminare perché:

- Tu muori,
- Tu e il tuo coniuge divorziate o vi separate legalmente,
- Diventi idoneo per Medicare, o
- I tuoi familiari non hanno più diritto alla copertura del piano medico.

In genere, tu e i tuoi familiari a carico potete scegliere di continuare la copertura in qualsiasi momento entro i primi 60 giorni dalla fine della copertura o 60 giorni dalla data di ricezione della notifica, a seconda di quale sia successiva. La copertura continuata entra in vigore il primo giorno del mese successivo alla data dell'evento che ha causato la fine della copertura, a condizione che tu paghi il premio necessario. Puoi continuare la copertura che era in vigore solo un giorno prima dell'evento. Tuttavia, puoi apportare modifiche alle tue scelte ogni anno durante il periodo di iscrizione annuale aperta.

Se il piano sanitario cambia, tali modifiche si applicheranno anche alla copertura COBRA.

Per ricevere la copertura COBRA, tu e/o i tuoi familiari aventi diritto dovete effettuare una scelta tempestiva e versare i premi mensili.

Legge sulla protezione della salute dei neonati e delle madri

I piani sanitari di gruppo e gli emittenti di assicurazioni sanitarie in genere non possono, ai sensi della legge federale, limitare i benefici per qualsiasi durata di degenza ospedaliera in relazione al parto per la madre o il neonato a meno di 48 ore dopo un parto vaginale o a meno di 96 ore dopo un taglio cesareo. Tuttavia, la legge federale in genere non proibisce al medico curante della madre o del neonato, dopo essersi consultato con la madre, di dimettere la madre o il suo neonato prima di 48 ore (o 96 ore, a seconda dei casi).

In ogni caso, i piani e gli emittenti non possono, ai sensi della legge federale, richiedere che un fornitore ottenga l'autorizzazione dal piano o dall'emittente per prescrivere una durata del soggiorno non superiore a 48 ore (o 96 ore, a seconda dei casi).

Legge sulla salute delle donne e sui diritti contro il cancro

Il Women's Health and Cancer Rights Act richiede ai piani sanitari di gruppo e alle loro compagnie assicurative e HMO di fornire determinati benefit per le pazienti sottoposte a mastectomia che scelgono la ricostruzione del seno. Nel caso di un partecipante al piano che riceve benefit in relazione a una mastectomia, la copertura sarà fornita in un modo determinato in consultazione con il medico curante per:

- Tutte le fasi della ricostruzione del seno su cui è stata eseguita la mastectomia;
- Intervento chirurgico e ricostruzione dell'altro seno per produrre un aspetto simmetrico;
E
- Protesi e trattamento delle complicazioni fisiche della mastectomia, tra cui linfedema

Le prestazioni per la ricostruzione del seno sono soggette a franchigie e limitazioni di coassicurazione coerenti con quelle stabilite per le altre prestazioni previste dal piano.

Promemoria sull'informativa sulla privacy HIPAA

Le norme sulla privacy ai sensi dell'Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) richiedono al SEIU Local 32 BJ, District 36 BOLR Welfare Plan (il "Piano") di inviare periodicamente un promemoria ai partecipanti sulla disponibilità dell'Informativa sulla privacy del Piano e su come ottenere tale avviso. L'Informativa sulla privacy spiega i diritti dei partecipanti e gli obblighi legali del Piano in merito alle informazioni sanitarie protette (PHI) e come il Piano può utilizzare e divulgare le PHI. È inoltre possibile ottenere una copia dell'Informativa sulla privacy contattando l'ufficio del Fondo al numero 215-568-3262, interno 1400 o 800-338-9025, interno 1400 (al di fuori dell'area di chiamata locale).

Medicaid e il programma di assicurazione sanitaria per i bambini (CHIP)

Assistenza Premium nell'ambito di Medicaid e del Children's Health Insurance Program (CHIP)

Se tu o i tuoi figli avete diritto a Medicaid o CHIP e avete diritto alla copertura sanitaria dal vostro datore di lavoro, il vostro stato potrebbe avere un programma di assistenza premium che può aiutarvi a pagare la copertura, utilizzando fondi dai loro programmi Medicaid o CHIP. Se tu o i tuoi figli non avete diritto a Medicaid o CHIP, non avrete diritto a questi programmi di assistenza premium, ma potreste essere in grado di acquistare una copertura assicurativa individuale tramite l'Health Insurance Marketplace. Per maggiori informazioni, visitate www.healthcare.gov.

Se tu o i tuoi familiari a carico siete già iscritti a Medicaid o CHIP e vivete in uno degli stati elencati di seguito, contattate l'ufficio Medicaid o CHIP del vostro stato per scoprire se è disponibile l'assistenza per i premi.

Se tu o i tuoi familiari a carico NON siete attualmente iscritti a Medicaid o CHIP e pensi che tu o uno dei tuoi familiari a carico possa essere idoneo per uno di questi programmi, contatta l'ufficio Medicaid o CHIP del tuo stato o chiama l' **877-KIDS NOW** o visita www.insurekidsnow.gov per scoprire come presentare domanda. Se sei idoneo, chiedi al tuo stato se ha un programma che potrebbe aiutarti a pagare i premi per un piano sponsorizzato dal datore di lavoro.

Se tu o i tuoi familiari a carico siete idonei all'assistenza premium ai sensi di Medicaid o CHIP, oltre ad essere idonei ai sensi del tuo piano aziendale, il tuo datore di lavoro deve consentirti di iscriverti al tuo piano aziendale se non lo sei già. Questa è chiamata un'opportunità di "iscrizione speciale" e **devi richiedere la copertura entro 60 giorni dalla determinazione dell'idoneità all'assistenza premium**. Se hai domande sull'iscrizione al tuo piano aziendale, contatta il Department of Labor all'indirizzo www.askebsa.dol.gov o chiama l' **866-444-EBSA (3272)**.

L'elenco seguente di stati è aggiornato al 31 luglio 2024. Contatta il tuo stato per maggiori informazioni sull'idoneità.

PENNSYLVANIA	Medicaid e CHIP
Sito web Medicaid	https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicare-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html
Telefono Medicaid	Numero verde 800-692-7462
Sito web CHIP	https://www.dhs.pa.gov/CHIP/Pages/CHIP.aspx
Telefono CHIP	800-986-BAMBINI (5437)
NEW JERSEY	Medicaid e CHIP
Sito web Medicaid	http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/
Telefono Medicaid	Numero verde 800-356-1561
Telefono di assistenza premium CHIP	Numero di telefono: 609-631-2392
Sito web CHIP	http://www.njfamilycare.org/index.html
Telefono CHIP	800-701-0710 (TTY: 711)
NEW YORK	Medicaid
Sito web Medicaid	https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/
Telefono Medicaid	Numero verde 800-541-2831
DELAWARE	Medicaid e CHIP
Sito web Medicaid	http://dhss.delaware.gov/dhss/dmma/medicaid.html
Telefono Medicaid	302-571-4900 o 866-843-7212
Sito web CHIP	http://dhss.delaware.gov/dhss/dmma/dhcp.html
Telefono CHIP	302-571-4900 o 866-843-7212
MARYLAND	Medicaid e CHIP
Sito web Medicaid	https://health.maryland.gov/mmcp/Pages/home.aspx
Telefono Medicaid	Numero di telefono: 855-642-8572
Sito web CHIP	https://mmcp.health.maryland.gov/chp/pages/home.aspx
Telefono CHIP	855-642-8572 (TTY 711)

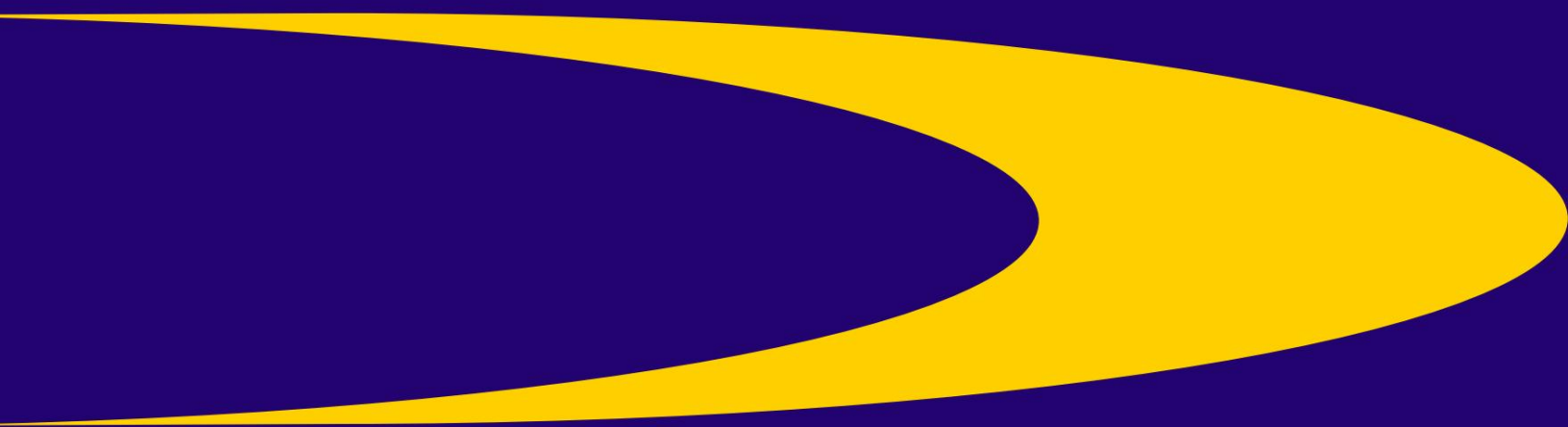
Per verificare se il tuo stato dispone di un programma di assistenza ai premi o per maggiori informazioni sui diritti di iscrizione speciali, contatta:

Dipartimento del lavoro degli Stati Uniti Dipartimento della salute e dei servizi umani degli Stati Uniti
Centri di amministrazione della sicurezza dei benefici per i dipendenti per i servizi Medicare e Medicaid
www.dol.gov/agencies/ebsa/www.cms.hhs.gov

866-444-EBSA (3272)

877-267-2323, Opzione menu 4, Int. 61565

www.seiu36.com



Ottobre 2024

