



www.seiu36.com



现在是开放报名时间!

2025
福利指南

您只能在 12 月 2 日之前注册 2025 年
BOLR 兼职和周末工人福利!

里面有什么

- 开放注册概述.....2
- 基本事实.....3
- 牙科福利.....4
- 视觉优势.....5
- 人寿保险和意外死亡及伤残 (AD&D) 保
险.....6
- 残疾福利.....7
- 重要通知.....8

需要表格吗？
请查看本指南的封面 – 以及我们的网站！

您需要填写的注册表格位于本指南的前几页以及联系信息和资源

页面 (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>)。在我们的网站上,您可以访问以下网站获取更多信息:com/contacts-resources/。网站上的表格可以在线填写。您只需将其打印出来签名,然后邮寄到基金办公室即可。



每份表格都会告诉您填写表格的条件。只需填写适用于您的表格。撕下每份填写的表格的穿孔边,然后使用本指南中附带的回邮信封邮寄至基金办公室。

记住:选择

小心!一旦开放注册结束,您将无法更改您的选择,直到2025年秋季的下一个开放注册期,保险将于2026年1月1日生效,除非您有合格的状态更改。

开放注册概述

2024年10月

在本指南及其随附材料中,您将找到2025年注册BOLR兼职和周末工人福利保险所需的信息、表格和说明。请仔细阅读随附的材料,并在注册保险之前考虑您家人的需求。

开放注册是您每年一次的机会,可以审查您的保险范围并更改您选择的福利或您承保的家属。在开放注册之外,您只能在以下所述的合格生活变化(“合格事件”)导致更改时进行更改。在做出注册决定之前,请查看随附的材料并考虑您和您家人的需求。如果您想更改您的家属身份,请在2024年12月2日之前将填写妥的BOLR兼职和周末工作者注册表格交回基金办公室。

如果您希望保留现有的福利选项和保险范围,则无需执行任何操作。对于目前有受抚养子女加入该计划的人,请填写受抚养人登记表,授权2025年受抚养人保费扣除。

问题?

如果您有任何疑问,请随时联系福利基金办公室。您可以拨打(215) 568-3262,分机1400或(800) 338-9025,分机1400(本地通话区外)联系我们。您也可以前往位于1515 Market Street, Suite 1020, Philadelphia, PA 19102的SEIU Local 32 BJ,第36区基金办公室与我们的代表交谈。请务必在前来之前先致电我们。

重要提示:状态变更提醒

如果您遇到符合条件的事件,您只能在开放注册之外添加或删除家属或对您的福利覆盖范围进行任何其他更改。符合条件的事件意味着您或您的家属经历了影响您福利管理的生活变化。例如结婚、生孩子或离婚。在这些情况下,您可能需要在您的基金覆盖范围内添加或删除家属。

对于所有符合条件的事件,您必须提供身份变更证明(例如出生或结婚证)。基金办公室必须在符合条件的事件发生后31天内收到文件(对于您孩子出生,则为90天)。请查看您的计划概要说明或联系基金办公室,了解有关符合条件的更多信息

事件。

注意:如果您发生符合条件的事件并需要填写新的人口普查/受益人表格以反映状态变化,请联系基金办公室。

本文件和您的注册包中的材料简要描述了您的SEIU Local 32BJ, District 36 BOLR福利基金福利以及将于2025年1月1日生效的变更。这些材料补充了您的计划福利的其他描述。这些文件和随附材料中描述的变更自2025年1月1日起生效。基金希望无限期地继续实施这些文件中提到的以及您的福利手册中描述的计划和福利,但保留随时以任何理由全部或部分修改、中止或终止计划的权利。收到此注册包或注册计划提供的任何福利均不构成雇佣合同。请仔细阅读这些文件,并将这些重要信息与您的其他福利材料一起保存以供将来参考。

基本事实

谁有资格？

如果您从事受保工作,且您的雇主需要通过集体谈判协议代表您向基金缴纳费用,则您有资格参加 BOLR 兼职和周末工人计划。

如果您有资格参加 BOLR 兼职和周末工作者计划,您还可以为符合条件的家属登记医疗、牙科和视力福利。您的符合条件的家属包括:

- 您的合法配偶 (包括同性配偶)
- 出生至 26 岁的儿童
- 26 岁以下的继子女
- 领养子女 (自安置到您家之日起)至 26 岁
- 待领养的儿童
- 26 岁以上因智力障碍或身体残疾而无法维持就业的儿童

任何您无偿承担抚养费的孩子都不会被视为受抚养人。

为家属办理入籍

您必须填写并提交以下信息才能将您的家属加入该计划:

- 受抚养人入学表格 (记得填写两面)
- 文件依赖状态 文件示例包括:
 - 有效的州出生证明,注明亲生子女或继子女的父母双方姓名
26岁以下
 - 26岁以下合法收养子女的收养证明
 - 如果根据合格医疗子女抚养令,需要添加 26 岁以下的子女,需提供该命令的副本
 - 社会安全号码证明
 - 如果您的孩子因身体或精神障碍无法自食其力,必须在 26 岁以后继续享受您的保险,则基金办公室会要求您定期提供其残疾证明。您必须在孩子 26 岁生日后的 31 天内向基金办公室提供此信息。

如果您选择将受抚养人从计划中移除,则必须填写退出表格并向基金办公室提交该受抚养人的其他保险证明。

您对受抚养人身份所做的任何更改都必须在 2024 年 12 月 2 日之前完成并通过随附的写有地址并贴有邮票的信封寄回基金办公室。如果您在开放注册期间没有添加或删除受抚养人,则必须等到您或您的受抚养人经历符合条件的事件后才能这样做。

合格医疗子女抚养令 (QMCSO)

如果您根据合格医疗子女抚养令 (QMCSO) 被要求提供子女抚养费和医疗保险,请联系基金办公室了解所需信息的说明。QMCSO 是法院签发的任何判决、法令或命令,要求您为孩子提供医疗保险。有关 QMCSO 管理程序的更多信息,请联系基金办公室。

有疑问?请致电基金办公室:
215-568-3262 分机 1400 或
800-338- 9025 分机 1400。

牙科福利

定期、专业的牙科护理不仅对身体健康至关重要,还可以预防严重或昂贵的问题。这就是我们通过 Delta Dental 提供的牙科计划涵盖全方位牙科服务的原因,包括诊断和预防护理。

牙科福利图表

免赔额	在网络中	网络外
年度最高福利 ¹	每人每年 3,000 美元	每人每年 3,000 美元
预防和 诊断护理 · 口腔检查、清洁、 咬翼片 X 光检查 (每年两次);每 36 个月进行一次 全口 X 光检查 · 氟化物治疗直至 19 岁 (有限制) · 密封剂或间隙保持器 (有年龄限制)	100%	100% (允许金额)
基本修复 · 填充物	100%	100% (允许金额)
主要修复 · 修复现有牙冠 · 嵌体、覆盖体、牙冠、铸造修复体 · 牙桥和假牙	100%	100% (允许金额)
牙齿矫正 (仅限儿童,一生最高保额为 4,500 美元,医学上适当的牙齿矫正除外)	100% 终生最高金额 1,000 美元	100% (允许金额)

¹牙科年度最高限额是网络内和网络外护理的综合最高限额。根据《平价医疗法案》(ACA)的指导方针,儿童牙科护理不受年度最高限额限制。

300 美元以上治疗的预定福利

如果您的治疗预计花费 300 美元或更多,请让您的牙医在治疗开始前与 Delta Dental “预先确定福利”(这意味着评估建议的治疗是否合适并确定计划将支付多少护理费用)。通过预先确定,您可以确切地知道计划将支付多少钱以及您将支付多少钱。这样,您就可以在治疗开始前做好财务安排。

为了预先确定福利,您的牙医需要向 Delta Dental 发送一份索赔表,描述拟议的治疗和估计费用。Delta Dental 将向您发送一份声明,其中显示将涵盖的服务以及计划将支付多少费用。您可以与您的牙医一起审查治疗计划并就要执行的服务达成一致。治疗完成后,将原始声明(包括服务日期和必要的签名)退还给 Delta Dental 以进行付款。

请查看您的计划概要说明,了解牙科限制和排除的完整列表。

视力福利

该计划如何运作

您可以选择从国家视力管理机构 (NVA) 参与提供商或任何其他眼科护理专家处接受眼科护理。但是,当您使用参与的眼科医生或验光师时,您会获得最大的益处。

- 当您使用参与提供商时,您将获得最大的利益,因为该计划将支付大多数常规服务的全部费用或大部分费用。
- 当您使用非参与提供商时,计划将为您报销检查、眼镜架、镜片或隐形眼镜的费用。您在接受服务时支付全额费用。然后,您必须提交索赔,以报销计划承担的费用份额。

该计划支付的费用

当您接受 NVA 参与提供商的服务时,该计划将每 24 个月支付一次眼科检查费用。对于 19 岁以下的儿童,该计划将每 12 个月支付一次眼科检查费用。

该计划还每 24 个月 (或 19 岁以下儿童每 12 个月)支付一副新镜片和镜架或隐形眼镜的费用,最高金额为 120 美元。

当您从非参与视力保健提供商处接受服务时,该计划将每 24 个月支付一次最高 30 美元的眼科检查费用 (对于 19 岁以下的儿童,每 12 个月支付一次)。

该计划还每 24 个月为儿童和成人支付一次最高 60 美元的镜片费用和最高 60 美元的镜架费用,或最高 120 美元的隐形眼镜费用。

未涵盖的费用 (请注意,这只是部分列表。)

愿景计划不包括:

- 眼底照相;
- 眼睛的医疗或手术治疗;
- 根据《工人赔偿法》提供的服务或材料,或获得的任何政府机构或计划;或者,
- 普通太阳镜或处方太阳镜。

根据视力计划,您可以使用身份证获得眼保健服务或眼镜。但是,您不能将您的卡与任何特殊优惠 (例如优惠券或特别促销) 结合使用。

人寿保险和意外死亡保险 残疾保险 (AD&D)

如今,人寿保险已不再只是一种“安心福利”,更是生活的必需品之一。

人寿保险旨在为您去世后为您的家人或任何依赖您收入的人提供保护。如果您意外失去肢体或视力,意外死亡和伤残 (AD&D) 保险将向您支付赔偿金,如果您因承保范围内的意外事故死亡,则将向您的受益人支付赔偿金。

家属没有资格享受人寿和意外死亡和伤残保险。

此项人寿保险福利通常仅当您在受保工作期间死亡时才可支付。

由于您意外死亡而支付的任何 AD&D 福利等于您的人寿保险金额,并且是在您的人寿保险福利之外支付的。

AD&D 福利的数额取决于意外损失的类型。

请参阅您的计划概要说明,或致电基金办公室了解详情。

可能存在排除和某些限制。

请参阅您的计划概要说明,了解完整的排除和限制列表。

员工专属福利

自然死亡	25,000美元
死亡、事故	25,000 美元 (除上述费用外)
肢解福利	具体金额由损失决定

不要忘记 你的受益人

为了确保福利金支付给您想要的人,您必须指定受益人,并随着生活的变化及时更新受益人指定。如果您刚刚获得资格,或者您的受抚养人身份发生变化,请填写人口普查/受益人信息表。如果您需要新表格,请联系基金办公室。

将表格交回基金办公室。

残疾福利

如果您因非工作相关的疾病或伤害而丧失工作能力并且无法工作,残疾福利将为您和您的家人提供每周的补充补助。

残疾的具体时间津贴取决于诊断和既定的残疾准则。但是,任何残疾都不能超过因疾病而导致的 26 周的最高福利。要考虑残疾福利,您必须填写残疾索赔表,并且必须提供合法合格医生出具的证明您残疾且无法履行正常工作职责的文件。

兼职员工和周末员工在患病或受伤期间,有资格获得每周(或每周末) 30 美元的福利,但前提是您必须继续接受合法合格医生的直接、定期护理。

您必须及时提交残疾索赔表格。请参阅表格以了解有关时间和截止日期的更多信息。请联系基金办公室获取表格。

您的残疾索赔从您因残疾去看医生后的第七个工作日开始。如果您在去看医生之前缺勤,则不会支付残疾福利。

有关残疾福利的更多信息,请参阅您的计划概要说明或致电基金办公室:(215) 568-3262 或 (800) 338-9025 (本地通话区外)。

“具有法定资格的医生”
包括医学博士 (MD)、整骨医生 (DO)、牙科外科医生 (DDS)、牙科医学博士 (DMD) 或足病医学博士 (DPM)。

任何残疾索赔必须在您残疾之日起 60 天内向基金办公室提出。在提交给基金办公室之前,请确保所有部分都已填写完毕并由您、您的雇主和您的主治医生签字。

如果您因残疾而失业超过一个月,则需要定期(通常是每月)填写续工表格“蓝色表格”。

重要告示

SEIU Local 32 BJ、第 36 区 BOLR 福利基金 (“基金”) 必须向您提供以下重要通知。请仔细阅读，以了解您的权利和责任。

HIPAA 特殊登记权利

如果您因为其他健康保险而拒绝为自己或家属 (包括配偶) 加入健康保险计划, 那么将来您可以为自己或家属加入该计划, 前提是您在其他保险终止后 31 天内申请加入并提供证明文件。此外, 如果您因结婚、领养或安置领养而有了新的家属, 那么您可以为自己和家属加入健康保险计划, 前提是您在其结婚、领养或安置领养后 31 天内申请加入。如果您因生育而有了新的家属, 那么您可以为自己和家属加入健康保险计划, 前提是您在其生育后 90 天内申请加入。

如果您或您符合条件的受抚养人满足以下条件, 该基金还将提供特殊的入学机会:

- 因不再符合资格而失去医疗补助或儿童健康保险计划 (CHIP) 的保障, 或者
- 有资格享受 Medicaid 或 CHIP 规定的州保费援助计划。

对于这些注册机会, 您将有 60 天的时间从 Medicaid 申请之日起/CHIP 资格变更, 申请加入基金覆盖范围。请注意, 此 60 天延期仅适用于因 Medicaid/CHIP 资格变更而产生的加入机会。

必须在申请特殊登记后的 31、60 或 90 天内填写登记材料并向计划提供所有受抚养人身份证明。如果您无法在规定时间内填写登记材料并提供受抚养人身份证明 (例如, 如果需要更多时间获取新生儿的出生证明), 则截止日期可能会延长。

眼镜蛇

根据 1986 年综合预算协调法案 (COBRA), 如果保险因以下原因终止, 您和您的合格家属可以继续享受最多 18 个月的医疗保险:

- 您因任何原因 (严重不当行为除外) 终止雇佣关系, 或者
- 您的工作时间减少了。

COBRA 还允许您的符合条件的受抚养人继续享受最多 36 个月的医疗保险, 如果保险因以下原因而终止:

- 你死了,
- 您和您的配偶离婚或合法分居,
- 您有资格享受医疗保险, 或
- 您的受抚养人不再有资格享受医疗保险计划的保障。

您和您的家属通常可以在保险终止后的前 60 天内或收到通知之日起 60 天内 (以较晚时间为准) 随时选择继续享受保险。只要您支付必要的保费, 继续享受保险将在导致保险终止的事件发生之日后的次月第一天生效。您只能继续享受事件发生前一天生效的保险。但是, 您可以在每年的年度开放注册期间更改您的选择。

如果医疗计划发生变化, 这些变化也将适用于 COBRA 下的保险范围。

为了获得 COBRA 的保障, 您和/或您符合条件的家属需要及时做出选择并每月支付保费。

新生儿和母亲健康保护法

根据联邦法律, 团体健康计划和健康保险发行人通常不得将分娩期间母亲或新生儿的住院时间限制在顺产后 48 小时以内或剖腹产后 96 小时以内。但是, 联邦法律通常禁止母亲或新生儿的主治医生在与母亲协商后让母亲或新生儿在 48 小时 (或 96 小时, 视情况而定) 之前出院。

无论如何, 根据联邦法律, 计划和发行人不得要求提供者获得计划或发行人的授权, 以规定不超过 48 小时 (或适用时为 96 小时) 的停留时间。

妇女健康和癌症权利法案

《妇女健康和癌症权利法案》要求团体健康计划及其保险公司和 HMO 为选择乳房重建的乳房切除术患者提供某些福利。对于因乳房切除术而获得福利的计划参与者,将以与主治医生协商后确定的方式提供保险,以用于:

- 进行乳房切除术后乳房重建的所有阶段;
- 对另一侧乳房进行手术和重建,以产生对称的外观;
和
- 乳房切除术的假体和并发症的治疗,包括
淋巴水肿

乳房重建福利免受赔额和共同保险限制的限制,这与该计划下其他福利规定的免赔额和共同保险限制一致。

HIPAA 隐私声明提醒

《健康保险流通与责任法案》(HIPAA)下的隐私规则要求 SEIU Local 32 BJ、第 36 区 BOLR 福利计划(以下简称“计划”)定期向参与者发送提醒,告知计划的隐私声明的可用性以及如何获取该声明。隐私声明解释了参与者的权利和计划在受保护的健康信息 (PHI) 方面的法律义务,以及计划如何使用和披露 PHI。您也可以通过致电基金办公室获取隐私声明的副本,电话为 215-568-3262,分机 1400 或 800-338-9025,分机 1400 (本地呼叫区外)。

医疗补助和儿童健康保险计划 (CHIP)

医疗补助和儿童健康保险计划 (CHIP) 下的保费补助

如果您或您的孩子有资格享受 Medicaid 或 CHIP,并且您有资格从雇主处获得健康保险,您所在的州可能会有一个保费援助计划,该计划可以使用其 Medicaid 或 CHIP 计划的资金来帮助支付保险费用。如果您或您的孩子没有资格享受 Medicaid 或 CHIP,您将没有资格享受这些保费援助计划,但您可以通过健康保险市场购买个人保险。有关更多信息,请访问www.healthcare.gov。

如果您或您的受抚养人已经加入 Medicaid 或 CHIP,并且您居住在下列州,请联系您所在州的 Medicaid 或 CHIP 办公室,了解是否提供保费补助。

如果您或您的受抚养人目前尚未加入 Medicaid 或 CHIP,并且您认为您或您的任何受抚养人可能有资格参加这些计划,请联系您所在州的 Medicaid 或 CHIP 办公室或拨打877-KIDS NOW或访问www.insurekidsnow.gov了解如何申请。如果您符合条件,请问您所在州是否有可以帮助您支付雇主赞助计划保费的计划。

如果您或您的受抚养人有资格享受 Medicaid 或 CHIP 的保费补助,并且有资格享受雇主计划的保费补助,您的雇主必须允许您加入雇主计划(如果您尚未加入)。这被称为“特殊加入”机会,您必须在确定有资格享受保费补助后 60 天内申请保险。如果您对加入雇主计划有任何疑问,请联系劳工部 www.askebsa.dol.gov 或致电866-444-EBSA (3272)。

以下各州列表截至 2024 年 7 月 31 日为最新列表。请联系您所在的州以获取有关资格的更多信息。

宾夕法尼亚州	医疗补助和儿童健康保险计划
医疗补助网站	https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html
医疗补助电话	800-692-7462
CHIP 网站	https://www.dhs.pa.gov/CHIP/Pages/CHIP.aspx
芯片电话	800-986-儿童 (5437)
新泽西州	医疗补助和儿童健康保险计划
医疗补助网站	http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/
医疗补助电话	800-356-1561
CHIP 保费援助电话	609-631-2392
CHIP 网站	http://www.njfamilycare.org/index.html
芯片电话	800-701-0710 (听力或语言障碍人士专用:711)
纽约	医疗补助
医疗补助网站	https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/
医疗补助电话	800-541-2831
特拉华州	医疗补助和儿童健康保险计划
医疗补助网站	http://dhss.delaware.gov/dhss/dmma/medicaid.html
医疗补助电话	302-571-4900 或 866-843-7212
CHIP 网站	http://dhss.delaware.gov/dhss/dmma/dhcp.html
芯片电话	302-571-4900 或 866-843-7212
马里兰州	医疗补助和儿童健康保险计划
医疗补助网站	https://health.maryland.gov/mmcp/Pages/home.aspx
医疗补助电话	855-642-8572
CHIP 网站	https://mmcp.health.maryland.gov/chp/pages/home.aspx
芯片电话	855-642-8572 (TTY 请拨打 711)

要了解您所在州是否有保费补助计划,或要了解有关特殊投保权利的更多信息,请联系:

美国劳工部 美国卫生与公众服务部
 员工福利保障管理医疗保险和医疗补助服务中心
www.dol.gov/agencies/ebsa www.cms.hhs.gov
 866-444-EBSA (3272) 877-267-2323,菜单选项 4,分机 61565

www.seiu36.com



2024 年 10 月

联合虫