



www.seiut36.com



Czas na otwarty nabór!

2025

Przewodnik po korzyściach

Masz czas tylko do 2 grudnia, aby zapisać się do programu świadczeń BOLR Part-Time and Weekend Worker Benefits na rok 2025!

Co jest w środku

Przegląd otwartej rejestracji	2
Podstawowe fakty	3
Świadczenia stomatologiczne	4
Korzyści dla wzroku	5
Ubezpieczenie na życie i ubezpieczenie od nieszczęśliwego wypadku śmierci lub rozczłonkowania (AD&D)	6
Świadczenia z tytułu niepełnosprawności	7
Ważne informacje	8

Potrzebujesz formularza?
Sprawdź pierwszą stronę
tego przewodnika – i naszą stronę
internetową!

Formularze, które należy
wypełnić w celu rejestracji, znajdują
się na pierwszych kilku stronach
tego przewodnika oraz w
zakładce Kontakty i zasoby
strona (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>) na
naszej stronie internetowej.
Formularze na stronie można
wypełnić online. Wystarczy je
wydrukować, podpisać i wysłać
do biura Funduszu.



Każdy formularz zawiera
informacje o warunkach, na
jakich należy go wypełnić.
Wypełniaj tylko te formularze,
które dotyczą Ciebie. Oderwij
każdy wypełniony formularz
wzdłuż perforowanej
krawędzi i wyślij do Fund
Office, używając koperty zwrotnej
dołączonej do tego przewodnika.

PAMIĘTAJ: Wybierz
ostrożnie! Po zakończeniu
okresu Open Enrollment nie
będziesz mógł zmienić swoich
wyborów do następnego
okresu Open Enrollment
jesienią 2025 r., aby uzyskać
ubezpieczenie od 1 stycznia
2026 r., chyba że dokonałeś
kwalifikowanej zmiany
statusu.

Przegląd otwartej rejestracji

Październik 2024

W tym przewodniku i towarzyszących mu materiałach znajdziesz informacje, formularze i instrukcje, których potrzebujesz, aby zapisać się na świadczenia BOLR Part-Time and Weekend Worker w 2025 r. Przeczytaj uważnie załączone materiały i weź pod uwagę potrzeby swojej rodziny przed zapisaniem się na świadczenia.

Otwarte zapisy to Twoja coroczna okazja do przejrzenia swojego ubezpieczenia i wprowadzenia zmian w wybranych świadczeniach lub osobach na utrzymaniu, które obejmujesz. Poza otwartym zapisem możesz wprowadzać zmiany tylko wtedy, gdy są one wynikiem kwalifikowanej zmiany życiowej („wydarzenie kwalifikujące”), jak opisano poniżej. Zapoznaj się z załączonymi materiałami i rozważ potrzeby swoje i swojej rodziny przed podjęciem decyzji o zapisie. Jeśli chcesz wprowadzić zmiany w swoim statusie osoby na utrzymaniu, zwróć wypełniony formularz BOLR Part-Time and Weekend Worker Enrollment do Fund Office nie później niż do 2 grudnia 2024 r.

Jeśli chcesz zachować te same opcje świadczeń i zakres ochrony, które masz teraz, nie musisz nic robić. Osoby, które obecnie mają dzieci na utrzymaniu w ramach Planu, powinny wypełnić Formularz Rejestracji Zależnych, aby upoważnić do odliczenia składki za osobę zależną za rok 2025.

Pytania?

Jeśli mają Państwo jakiegokolwiek pytania, prosimy o kontakt z Biurem Funduszy Świadczeń Społecznych. Możesz się z nami skontaktować pod numerem (215) 568-3262, numer wewnętrzny 1400 lub (800) 338-9025, numer wewnętrzny 1400 (poza lokalnym obszarem połączeń). Możesz również przyjść do biura SEIU Local 32 BJ, District 36 Fund Office, znajdującego się pod adresem 1515 Market Street, Suite 1020, Philadelphia, PA 19102, aby porozmawiać z jednym z naszych przedstawicieli. Upewnij się, że najpierw do nas zadzwonisz, zanim przyjdiesz.

WAŻNE: Przypomnienie o zmianie statusu

Możesz TYLKO dodawać lub usuwać osoby na utrzymaniu lub wprowadzać inne zmiany w zakresie świadczeń poza Otwartym Zapisem, jeśli doświadczysz zdarzenia kwalifikującego. Zdarzenie kwalifikujące oznacza, że Ty lub osoba na Twoim utrzymaniu doświadczyłeś zmiany w życiu, która wpłynie na administrację Twoich świadczeń. Przykłady obejmują zawarcie związku małżeńskiego, urodzenie dziecka lub rozwód. W takich przypadkach może być konieczne dodanie lub usunięcie osób na utrzymaniu w zakresie Funduszu.

W przypadku wszystkich kwalifikujących się zdarzeń musisz dostarczyć dokumentację zmiany statusu (np. akt urodzenia lub małżeństwa). Biuro Funduszu MUSI otrzymać dokumentację w ciągu 31 dni od kwalifikującego się zdarzenia (90 dni od urodzenia dziecka). Zapoznaj się z opisem planu skróconego lub skontaktuj się z Biurem Funduszu, aby uzyskać więcej informacji na temat kwalifikujących się zdarzeń.
wydarzenia.

Uwaga: Jeśli wystąpiło zdarzenie kwalifikujące i konieczne jest wypełnienie nowego formularza spisu/beneficjenta, aby odzwierciedlić zmianę statusu, należy skontaktować się z Biurem Funduszu.

Niniejszy dokument i materiały w pakiecie rejestracyjnym zawierają podsumowanie Twoich świadczeń z funduszu socjalnego SEIU Local 32BJ, District 36 BOLR oraz zmian, które zaczną obowiązywać od 1 stycznia 2025 r. Materiały te uzupełniają inne opisy świadczeń z Twojego Planu. Zmiany opisane w tych dokumentach i załączonych materiałach obowiązują od 1 stycznia 2025 r. Fundusz ma nadzieję kontynuować Plan i świadczenia wymienione w tych dokumentach i opisane w broszurze świadczeń na czas nieokreślony, ale zastrzega sobie prawo do zmiany, zawieszenia lub zakończenia Planu, w całości lub w części, w dowolnym czasie i z dowolnego powodu. Ani otrzymanie tego pakietu rejestracyjnego, ani zapisanie się na żadne ze świadczeń oferowanych w ramach Planu nie stanowi umowy o pracę. Przeczytaj uważnie te dokumenty i zachowaj te ważne informacje wraz z innymi materiałami dotyczącymi świadczeń na przyszłość.

Podstawowe fakty

Kto może wziąć udział?

Masz prawo do udziału w Programie BOLR dla Pracowników w Częściowym i Weekendowym, jeśli jesteś zatrudniony na podstawie umowy o pracę objętej ubezpieczeniem, a Twój pracodawca jest zobowiązany na mocy układu zbiorowego do wpłacania składek na Fundusz w Twoim imieniu.

Jeśli kwalifikujesz się do udziału w BOLR Part-Time and Weekend Worker Plan, możesz również zapisać swoich uprawnionych członków rodziny na świadczenia medyczne, stomatologiczne i okulistyczne. Uprawnieni członkowie rodziny to:

- Twój małżonek prawny (w tym małżonek tej samej płci)
- Dzieci od urodzenia do 26 roku życia
- Pasierbowie do 26 roku życia
- Dzieci adoptowane (od daty umieszczenia w Twoim domu) do 26 roku życia
- Dzieci oddane do adopcji
- Dzieci powyżej 26 roku życia, które nie są w stanie utrzymać zatrudnienia ze względu na upośledzenie umysłowe lub niepełnosprawność fizyczną

Każde dziecko, na które bezinteresownie przyjmujesz utrzymanie, nie będzie uważane za osobę zależną.

Zapisywanie osób na utrzymaniu

Aby zapisać osoby pozostające na Twoim utrzymaniu do Planu, musisz wypełnić i przesłać następujące informacje:

- Formularz zgłoszeniowy osoby zależnej (pamiętaj, aby wypełnić obie strony)
- Status zależny od dokumentu — przykłady dokumentacji obejmują:
 - Ważny państwowy akt urodzenia, w którym wymienione są oboje rodzice w przypadku dzieci naturalnych lub pasierbów poniżej 26 roku życia
 - Dowód adopcji w przypadku dziecka adoptowanego prawnie, które nie ukończyło 26 lat
 - Jeśli w wyniku kwalifikowanego nakazu medycznego dotyczącego alimentów na dziecko konieczne jest dodanie dzieci poniżej 26 roku życia, należy dostarczyć kopię nakazu
 - Dowód posiadania numeru ubezpieczenia społecznego
 - Jeśli masz dziecko, które musi pozostać na Twoim ubezpieczeniu po ukończeniu 26. roku życia z powodu upośledzenia fizycznego lub psychicznego, w wyniku którego nie jest w stanie utrzymać się samodzielnie, Biuro Funduszu wymaga okresowej dokumentacji jego niepełnosprawności. Informacje te muszą zostać dostarczone do Biura Funduszu nie później niż 31 dni od daty 26. urodzin dziecka.

Jeśli zdecydujesz się usunąć osobę na utrzymaniu z Planu, musisz wypełnić formularz rezygnacji i przesłać do Biura Funduszu dowód posiadania innego ubezpieczenia dla tej osoby na utrzymaniu.

Wszelkie zmiany w statusie osoby na utrzymaniu muszą zostać wypełnione i odesłane do Biura Funduszu w załączonej kopercie ze znacznikiem i adresem zwrotnym do 2 grudnia 2024 r. Jeśli nie dodasz ani nie usuniesz osoby na utrzymaniu w trakcie otwartej rejestracji, musisz poczekać, aż Ty lub osoba na Twoim utrzymaniu wystąpi zdarzenie kwalifikujące.

Kwalifikowany nakaz medyczny dotyczący alimentów na dziecko (QMCSO)

Jeśli jesteś zobowiązany do zapewnienia alimentów i opieki zdrowotnej na mocy Qualified Medical Child Support Order (QMCSO), skontaktuj się z Fund Office, aby uzyskać wyjaśnienie wymaganych informacji. QMCSO to każdy wyrok, dekret lub nakaz wydany przez sąd, który wymaga zapewnienia opieki zdrowotnej dla dziecka. Aby uzyskać dodatkowe informacje dotyczące procedur administrowania QMCSO, skontaktuj się z Fund Office.

Pytania? Zadzwoń do biura Funduszu pod numer 215-568-3262 ext. 1400 lub 800-338-9025 ext. 1400.

Korzyści stomatologiczne

Regularna, profesjonalna opieka stomatologiczna jest nie tylko niezbędna dla dobrego zdrowia, ale może również zapobiegać poważnym lub kosztownym problemom. Dlatego nasz Plan Stomatologiczny, oferowany przez Delta Dental, obejmuje pełen zakres usług stomatologicznych, w tym diagnostykę i opiekę profilaktyczną.

Tabela świadczeń stomatologicznych

Podlegający potrąceniu	W sieci	Poza siecią
Maksymalna roczna korzyść ¹	3000 dolarów na osobę rocznie	3000 dolarów na osobę rocznie
Zapobiegawcze i Opieka diagnostyczna <ul style="list-style-type: none">• Badanie jamy ustnej, czyszczenie, zdjęcia rentgenowskie skrzydełkowo-zgrzyzowe (dwa razy w roku); zdjęcia rentgenowskie całej jamy ustnej co 36 miesięcy• Zabiegi fluoryzacji do 19 roku życia (obowiązują limity)• Uszczelniacze lub środki utrzymujące przestrzeń (obowiązują ograniczenia wiekowe)	100%	100% (dozwolona ilość)
Podstawowa odbudowa <ul style="list-style-type: none">• Wypełnienia	100%	100% (dozwolona ilość)
Główne działania naprawcze <ul style="list-style-type: none">• Naprawy istniejących koron• Wkłady, nakłady, korony, wypełnienia odlewane• Mosty i protezy	100%	100% (dozwolona ilość)
Ortodoncja (Tylko dla dzieci, z zastrzeżeniem maksymalnej kwoty 4500 USD na całe życie, z wyjątkiem medycznie uzasadnionego leczenia ortodontycznego)	100% Maksymalnie 1000 dolarów na całe życie	100% (dozwolona ilość)

¹ Roczne maksimum dla opieki stomatologicznej to łączne maksimum dla opieki w ramach sieci i poza nią. Zgodnie z wytycznymi Affordable Care Act (ACA) opieka stomatologiczna dla dzieci nie podlega rocznym maksimum.

Z góry określ korzyści za leczenie powyżej 300 USD

Jeśli Twoje leczenie ma kosztować 300 USD lub więcej, poproś dentystę o „wstępne ustalenie korzyści” z Delta Dental przed rozpoczęciem leczenia (oznacza to ocenę, czy sugerowane leczenie jest odpowiednie i ustalenie, ile Plan zapłaci za opiekę). Dzięki wstępnemu ustaleniu dokładnie wiesz, ile zapłaci Plan — i ile zapłacisz Ty. W ten sposób możesz dokonać ustaleń finansowych przed rozpoczęciem leczenia.

Aby wstępnie ustalić świadczenia, Twój dentysta musi wysłać formularz roszczenia do Delta Dental, w którym opisz proponowane leczenie i szacunkowe koszty. Delta Dental wyśle Ci oświadczenie, w którym pokaże usługi, które zostaną objęte ubezpieczeniem, oraz ile zapłaci Plan. Możesz omówić plan leczenia ze swoim dentystą i uzgodnić usługi, które mają zostać wykonane. Po zakończeniu leczenia odeślij oryginalne oświadczenie, z datami usług i wymaganymi podpisami, do Delta Dental w celu zapłaty.

Aby uzyskać pełną listę ograniczeń i wykluczeń dotyczących ubezpieczeń stomatologicznych, zapoznaj się z opisem planu skróconego.

Korzyści dla wzroku

Jak działa plan

Masz możliwość otrzymania opieki okulistycznej od uczestniczącego dostawcy National Vision Administrator (NVA) lub dowolnego innego specjalisty opieki okulistycznej. Jednak otrzymujesz maksymalne korzyści, gdy korzystasz z uczestniczącego lekarza okulisty lub optometrysty.

- Korzystając z usług uczestniczącego dostawcy, otrzymujesz maksymalne korzyści, ponieważ Plan pokrywa pełny koszt lub dużą część kosztów większości rutynowych usług.
- Jeśli korzystasz z usług nieuczestniczącego dostawcy, Plan zwróci Ci koszty badań, opravek okularowych i soczewek lub soczewek kontaktowych. Płacisz pełny koszt, gdy otrzymujesz usługi. Następnie musisz złożyć wniosek o zwrot części kosztów Planu.

Co obejmuje plan

Gdy otrzymujesz usługi od dostawcy uczestniczącego w NVA, Plan pokrywa koszt badania wzroku raz na 24 miesiące. W przypadku dzieci poniżej 19 roku życia, sztuka pokrywa koszt badania wzroku raz na 12 miesięcy.

Plan obejmuje także zakup nowej pary soczewek i opravek lub soczewek kontaktowych do kwoty 120 dolarów co 24 miesiące (lub co 12 miesięcy w przypadku dzieci poniżej 19. roku życia).

Jeśli korzystasz z usług okulisty nieuczestniczącego w programie, Plan pokryje do 30 dolarów za badanie wzroku raz na 24 miesiące (lub raz na 12 miesięcy w przypadku dzieci poniżej 19. roku życia).

Plan obejmuje także pokrycie kosztów soczewek do 60 dolarów i opravek do 60 dolarów, lub soczewek kontaktowych do 120 dolarów raz na 24 miesiące dla dzieci i dorosłych.

Koszty nieobjęte ubezpieczeniem (Należy pamiętać, że jest to tylko częściowa lista.)

Plan Wizji nie obejmuje:

- Fotografia dna oka;
- Leczenie medyczne lub chirurgiczne oczu;
- Usługi lub materiały dostarczone w wyniku Ustawy o odszkodowaniach dla pracowników lub uzyskane przez jakąkolwiek agencję rządową lub program; lub,
- Okulary przeciwsłoneczne zwykłe lub korekcyjne.

W ramach Vision Plan możesz użyć swojej karty identyfikacyjnej, aby uzyskać usługi opieki okulistycznej lub okulary. Nie możesz jednak używać swojej karty w połączeniu z żadnymi ofertami specjalnymi, takimi jak kupony lub specjalne promocje.

Ubezpieczenie na życie i od nieszczęśliwych wypadków Ubezpieczenie od rozczłonkowania (AD&D)

Dziś ubezpieczenie na życie to coś więcej niż „świadczenie dające spokój ducha” — to jedna z niezbędnych rzeczy do życia.

Ubezpieczenie na życie ma na celu zapewnienie ochrony Twojej rodzinie lub każdemu, kto liczy na Twój dochód, w przypadku Twojej śmierci.

Ubezpieczenie Accidental Death and Dismemberment (AD&D) wypłaca świadczenie, jeśli doznasz przypadkowej utraty kończyny lub wzroku, a także wypłaca świadczenie Twoim beneficjentom, jeśli umrzesz w wyniku objętego ubezpieczeniem wypadku.

Osoby pozostające na utrzymaniu nie kwalifikują się do ubezpieczenia na życie ani ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków (AD&D).

To świadczenie z tytułu ubezpieczenia na życie przysługuje zazwyczaj tylko w przypadku śmierci ubezpieczającego w trakcie aktywnego zatrudnienia objętego ubezpieczeniem.

Każde świadczenie z tytułu AD&D płatne w wyniku Twojego nieszczęśliwego zgonu jest równe kwocie Twojego ubezpieczenia na życie i jest wypłacane oprócz świadczenia z tytułu ubezpieczenia na życie.

Wysokość świadczenia

AD&D zależy od rodzaju szkody nieszczęśliwej.

Zapoznaj się z opisem planu skróconego lub zadzwoń do biura funduszu, aby uzyskać szczegółowe informacje.

Mogą obowiązywać pewne wyłączenia i ograniczenia.

Pełną listę wyłączeń i ograniczeń znajdziesz w Opisie planu skróconego.

Świadczenie wyłącznie dla pracowników

Śmierć naturalna	25 000 dolarów
Śmierć, wypadek	25 000 dolarów (oprócz powyższych)
Świadczenia z tytułu rozczłonkowania	Konkretna kwota ustalona na podstawie straty

Nie zapomnij – Twój beneficjent

Aby mieć pewność, że świadczenia zostaną wypłacone osobie, której chcesz, musisz wskazać swojego beneficjenta — i aktualizować swoje oznaczenia beneficjenta w miarę zmian w Twoim życiu. Jeśli jesteś osobą uprawnioną od niedawna lub nastąpiły zmiany w Twoim statusie osoby na utrzymaniu, wypełnij formularz Demographic Census/Beneficiary Information. Skontaktuj się z Fund Office, jeśli potrzebujesz nowego formularza.

Należy zwrócić formularz do Biura Funduszu.

Świadczenia z tytułu niepełnosprawności

Zasitek inwalidzki zapewnia Tobie i Twojej rodzinie dodatkowe cotygodniowe świadczenie w przypadku, gdy staniesz się niepełnosprawny i nie będziesz mógł pracować z powodu choroby lub urazu niezwiązanego z pracą.

Konkretny limit czasu na niepełnosprawność jest ustalany na podstawie diagnozy i ustalonych wytycznych dotyczących niepełnosprawności. Jednak niepełnosprawność nie może przekroczyć maksymalnego świadczenia wynoszącego 26 tygodni z powodu choroby. Aby rozpatrzyć świadczenia z tytułu niepełnosprawności, należy wypełnić formularz wniosku o świadczenie z tytułu niepełnosprawności i dostarczyć dokumentację od lekarza posiadającego odpowiednie kwalifikacje prawne, potwierdzającą, że jest się niepełnosprawnym i niezdolnym do wykonywania normalnych obowiązków służbowych.

Pracownicy zatrudnieni w niepełnym wymiarze godzin lub w weekendy mają prawo do świadczenia w wysokości 30 dolarów tygodniowo (lub za weekend) w przypadku choroby lub urazu, jeśli są niepełnosprawni i pozostają pod bezpośrednią, regularną opieką lekarza posiadającego odpowiednie kwalifikacje.

Formularz wniosku o rentę inwalidzką musi zostać złożony w odpowiednim czasie. Więcej informacji o terminach i terminach znajdziesz w formularzu. Skontaktuj się z Fund Office, aby uzyskać formularz.

Roszczenie o rentę inwalidzką rozpoczyna się siódmego dnia roboczego po wizycie u lekarza z powodu niepełnosprawności. Świadczenia z tytułu niepełnosprawności nie będą wypłacane za żaden okres, w którym nie byłeś w pracy przed wizytą u lekarza.

Aby uzyskać więcej informacji na temat świadczeń z tytułu niepełnosprawności, zapoznaj się z Opiszem planu skróconego lub zadzwoń do biura Funduszu pod numer (215) 568-3262 lub (800) 338-9025 spoza lokalnego obszaru połączeń.

„Lekarze posiadający kwalifikacje prawne” to m.in. lekarze medycyny (MD), lekarze osteopatii (DO), lekarze chirurgii stomatologicznej (DDS), lekarze stomatologii (DMD) lub lekarze pediatrii (DPM).

Wszelkie roszczenia o niepełnosprawność muszą zostać złożone w biurze Funduszu w ciągu 60 dni od daty początkowej niepełnosprawności. Upewnij się, że wszystkie sekcje są wypełnione i podpisane przez Ciebie, Twojego pracodawcę i lekarza prowadzącego przed złożeniem wniosku w biurze Funduszu.

Jeśli jesteś bezrobotny z powodu przewlekłej niepełnosprawności trwającej ponad miesiąc, będziesz musiał regularnie, zazwyczaj co miesiąc, wypełniać formularze przedłużające niepełnosprawność (tzw. „niebieskie formularze”).

Ważne informacje

SEIU Local 32 BJ, District 36 BOLR Welfare Fund („Fundusz”) jest zobowiązany do dostarczenia Ci następujących ważnych powiadomień. Przeczytaj je uważnie, aby zrozumieć swoje prawa i obowiązki.

Prawa do specjalnego zapisu HIPAA

Jeśli odrzucasz zapisanie się do planu ubezpieczenia zdrowotnego dla siebie lub osób na Twoim utrzymaniu (w tym małżonka) z powodu innego ubezpieczenia zdrowotnego, możesz w przyszłości zapisać siebie lub osoby na Twoim utrzymaniu do tego planu, pod warunkiem, że poprosisz o zapisanie się w ciągu 31 dni od zakończenia innego ubezpieczenia i dostarczysz dokumenty potwierdzające. Ponadto, jeśli masz nową osobę na utrzymaniu w wyniku małżeństwa, adopcji lub umieszczenia w celu adopcji, możesz zapisać siebie i osoby na Twoim utrzymaniu do planu ubezpieczenia zdrowotnego, pod warunkiem, że poprosisz o zapisanie się w ciągu 31 dni od ślubu, adopcji lub umieszczenia w celu adopcji. Jeśli masz nową osobę na utrzymaniu w wyniku urodzenia, możesz zapisać siebie i osoby na Twoim utrzymaniu do planu ubezpieczenia zdrowotnego, pod warunkiem, że poprosisz o zapisanie się w ciągu 90 dni od urodzenia.

Fundusz umożliwi również specjalną możliwość zapisania się, jeśli Ty lub Twoi uprawnieni członkowie rodziny:

- Utrata ubezpieczenia Medicaid lub programu ubezpieczenia zdrowotnego dla dzieci (CHIP), ponieważ nie kwalifikujesz się już do niego, lub
- Uzyskaj kwalifikacje do państwowego programu pomocy w opłaceniu składek w ramach Medicaid lub CHIP.

Na te możliwości zapisu będziesz mieć 60 dni od daty otrzymania Medicaid/

Zmiana kwalifikowalności CHIP w celu złożenia wniosku o zapisanie się do ubezpieczenia Funduszu. Należy pamiętać, że to 60-dniowe przedłużenie dotyczy wyłącznie możliwości zapisania się ze względu na zmiany kwalifikowalności Medicaid/CHIP.

Materiały rejestracyjne muszą zostać wypełnione, a wszelkie dowody statusu osoby zależnej dostarczone do Planu w ciągu 31, 60 lub 90 dni od złożenia wniosku o Specjalny Zapis. Jeśli nie będziesz w stanie wypełnić materiałów rejestracyjnych i dostarczyć dowodu statusu osoby zależnej w wyznaczonym czasie (na przykład, jeśli potrzebny jest dodatkowy czas na uzyskanie aktu urodzenia noworodka), termin może zostać przedłużony.

KOBRA

Zgodnie z ustawą Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act z 1986 r. (COBRA) Ty i Twoi uprawnieni członkowie rodziny możecie kontynuować ubezpieczenie zdrowotne przez okres do 18 miesięcy, jeśli ubezpieczenie zakończy się z powodu:

- Rozwiązujesz stosunek pracy z jakiegokolwiek powodu (innego niż rażące wykroczenie) lub
- Masz skrócony czas pracy.

Ustawa COBRA pozwala również uprawnionym osobom na utrzymaniu na kontynuowanie ubezpieczenia medycznego przez okres do 36 miesięcy, jeśli w przeciwnym razie ubezpieczenie wygasłoby z powodu:

- Umierasz,
- Ty i Twój małżonek rozwodzicie się lub prawnie oddzielacie,
- Stajesz się uprawniony do Medicare lub
- Osoby pozostające na Twoim utrzymaniu nie kwalifikują się już do ubezpieczenia w ramach planu medycznego.

Ty i osoby pozostające na Twoim utrzymaniu możecie zazwyczaj zdecydować się na kontynuację ubezpieczenia w dowolnym momencie w ciągu pierwszych 60 dni po zakończeniu ubezpieczenia lub 60 dni od daty otrzymania powiadomienia, w zależności od tego, co nastąpi później. Kontynuacja ubezpieczenia wchodzi w życie pierwszego dnia miesiąca następującego po dacie zdarzenia, które spowodowało zakończenie ubezpieczenia, pod warunkiem, że zapłacisz wymaganą składkę. Możesz kontynuować ubezpieczenie, które obowiązywało jeden dzień przed zdarzeniem. Możesz jednak dokonywać zmian w swoich wyborach każdego roku w okresie corocznej otwartej rejestracji.

Jeśli plan medyczny ulegnie zmianie, zmiany te będą miały również zastosowanie do zakresu ubezpieczenia w ramach ustawy COBRA.

Aby otrzymać ubezpieczenie w ramach ustawy COBRA, Ty i/lub osoby pozostające na Twoim utrzymaniu muszą dokonać wyboru w odpowiednim czasie i uiścić miesięczne składki.

Ustawa o ochronie zdrowia noworodków i matek

Plany grupowego ubezpieczenia zdrowotnego i wystawcy ubezpieczeń zdrowotnych generalnie nie mogą, zgodnie z prawem federalnym, ograniczać świadczeń za jakąkolwiek długość pobytu w szpitalu w związku z porodem dla matki lub noworodka do mniej niż 48 godzin po porodzie siłami natury lub mniej niż 96 godzin po cięciu cesarskim. Jednak prawo federalne generalnie nie zabrania lekarzowi prowadzącemu matkę lub noworodka, po konsultacji z matką, wypisania matki lub jej noworodka wcześniej niż po 48 godzinach (lub 96 godzinach, w stosownych przypadkach).

W żadnym wypadku plany i wystawcy nie mogą, zgodnie z prawem federalnym, wymagać od świadczeniodawcy uzyskania autoryzacji od planu lub wystawcy na przepisanie okresu pobytu nieprzekraczającego 48 godzin (lub 96 godzin, w stosownych przypadkach).

Ustawa o zdrowiu kobiet i prawach w zakresie chorób nowotworowych

Ustawa Women's Health and Cancer Rights Act wymaga, aby grupowe plany zdrowotne i ich firmy ubezpieczeniowe oraz HMO zapewniały określone świadczenia pacjentom po mastektomii, którzy zdecydują się na rekonstrukcję piersi. W przypadku uczestnika planu, który otrzymuje świadczenia w związku z mastektomią, pokrycie zostanie zapewnione w sposób ustalony w porozumieniu z lekarzem prowadzącym w celu:

- Wszystkie etapy rekonstrukcji piersi, w której wykonano mastektomię;
- Operacja i rekonstrukcja drugiej piersi w celu uzyskania symetrycznego wyglądu;
- Protezy i leczenie powikłań fizycznych po mastektomii, w tym:
obrzęk limfatyczny

Świadczenia z tytułu rekonstrukcji piersi podlegają ograniczeniom w zakresie odliczeń i współubezpieczenia, które są spójne z tymi ustalonymi dla innych świadczeń w ramach planu.

Przypomnienie o polityce prywatności HIPAA

Zasady ochrony prywatności na mocy ustawy Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) wymagają, aby SEIU Local 32 BJ, District 36 BOLR Welfare Plan (dalej „Plan”) okresowo wysyłał uczestnikom przypomnienia o dostępności Powiadomienia o ochronie prywatności Planu i sposobie uzyskania tego powiadomienia. Powiadomienie o ochronie prywatności wyjaśnia prawa uczestników i obowiązki prawne Planu w odniesieniu do chronionych informacji zdrowotnych (PHI) oraz w jaki sposób Plan może wykorzystywać i ujawniać PHI. Możesz również uzyskać kopię Powiadomienia o ochronie prywatności, kontaktując się z Fund Office pod numerem 215-568-3262, numer wewnętrzny 1400 lub 800-338-9025, numer wewnętrzny 1400 (poza lokalnym obszarem połączeń).

Medicaid i Program Ubezpieczenia Zdrowotnego dla Dzieci (CHIP)

Pomoc w opłacaniu składek w ramach programów Medicaid i Children's Health Insurance Program (CHIP)

Jeśli Ty lub Twoje dzieci kwalifikujecie się do Medicaid lub CHIP i kwalifikujecie się do ubezpieczenia zdrowotnego od swojego pracodawcy, Twój stan może mieć program pomocy w opłacaniu składek, który może pomóc w opłaceniu ubezpieczenia, wykorzystując środki z programów Medicaid lub CHIP. Jeśli Ty lub Twoje dzieci nie kwalifikujecie się do Medicaid lub CHIP, nie będziecie uprawnieni do tych programów pomocy w opłacaniu składek, ale możecie być w stanie kupić indywidualne ubezpieczenie za pośrednictwem Health Insurance Marketplace. Aby uzyskać więcej informacji, odwiedź stronę www.healthcare.gov.

Jeśli Ty lub osoby pozostające na Twoim utrzymaniu jesteście już zapisani do programu Medicaid lub CHIP i mieszkacie w stanie wymienionym poniżej, skontaktuj się z biurem Medicaid lub CHIP w swoim stanie, aby dowiedzieć się, czy przysługuje Ci pomoc w opłacaniu składek.

Jeśli Ty lub Twoi podopieczni NIE jesteście obecnie zapisani do Medicaid lub CHIP i uważasz, że Ty lub którykolwiek z Twoich podopiecznych może kwalifikować się do któregoś z tych programów, skontaktuj się z biurem Medicaid lub CHIP w swoim stanie lub zadzwoń pod numer 877-KIDS NOW lub www.insurekidsnow.gov, aby dowiedzieć się, jak złożyć wniosek. Jeśli się kwalifikujesz, zapytaj swój stan, czy ma program, który mógłby pomóc Ci zapłacić składki na plan sponsorowany przez pracodawcę.

Jeśli Ty lub osoby pozostające na Twoim utrzymaniu kwalifikujecie się do pomocy w opłacaniu składek w ramach Medicaid lub CHIP, a także kwalifikujecie się w ramach planu pracodawcy, Twój pracodawca musi zezwolić Ci na zapisanie się do planu pracodawcy, jeśli jeszcze tego nie zrobiłeś. Nazywa się to „specjalną możliwością zapisu” i musisz poprosić o ubezpieczenie w ciągu 60 dni od ustalenia, że kwalifikujesz się do pomocy w opłacaniu składek. Jeśli masz pytania dotyczące zapisania się do planu pracodawcy, skontaktuj się z Departamentem Pracy na stronie www.askebsa.dol.gov lub zadzwoń pod numer 866-444-EBSA (3272).

Poniższa lista stanów jest aktualna na dzień 31 lipca 2024 r. Aby uzyskać więcej informacji na temat kwalifikowalności, skontaktuj się ze swoim stanem.

PENNSYLVANIA	Medicaid i CHIP
Strona internetowa Medicaid	https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html
Telefon Medicaid	800-692-7462
Strona internetowa CHIP	https://www.dhs.pa.gov/CHIP/Pages/CHIP.aspx
Telefon CHIP	800-986-DZIECI (5437)
NOWA JERSEY	Medicaid i CHIP
Strona internetowa Medicaid	http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/
Telefon Medicaid	800-356-1561
Telefon z pomocą techniczną CHIP Premium	609-631-2392
Strona internetowa CHIP	http://www.njfamilycare.org/index.html
Telefon CHIP	800-701-0710 (TTY: 711)
NOWY JORK	Medicaid
Strona internetowa Medicaid	https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/
Telefon Medicaid	800-541-2831
DELAWARE	Medicaid i CHIP
Strona internetowa Medicaid	http://dhss.delaware.gov/dhss/dmma/medicaid.html
Telefon Medicaid	302-571-4900 lub 866-843-7212
Strona internetowa CHIP	http://dhss.delaware.gov/dhss/dmma/dhcp.html
Telefon CHIP	302-571-4900 lub 866-843-7212
MARYLAND	Medicaid i CHIP
Strona internetowa Medicaid	https://health.maryland.gov/mmcp/Pages/home.aspx
Telefon Medicaid	855-642-8572
Strona internetowa CHIP	https://mmcp.health.maryland.gov/chp/pages/home.aspx
Telefon CHIP	855-642-8572 (TTY-711)

Aby sprawdzić, czy w Twoim stanie obowiązuje program pomocy w opłacaniu składek lub uzyskać więcej informacji na temat specjalnych praw do zapisów, skontaktuj się z:

Departament Pracy USA Departament Zdrowia i Opieki Społecznej USA

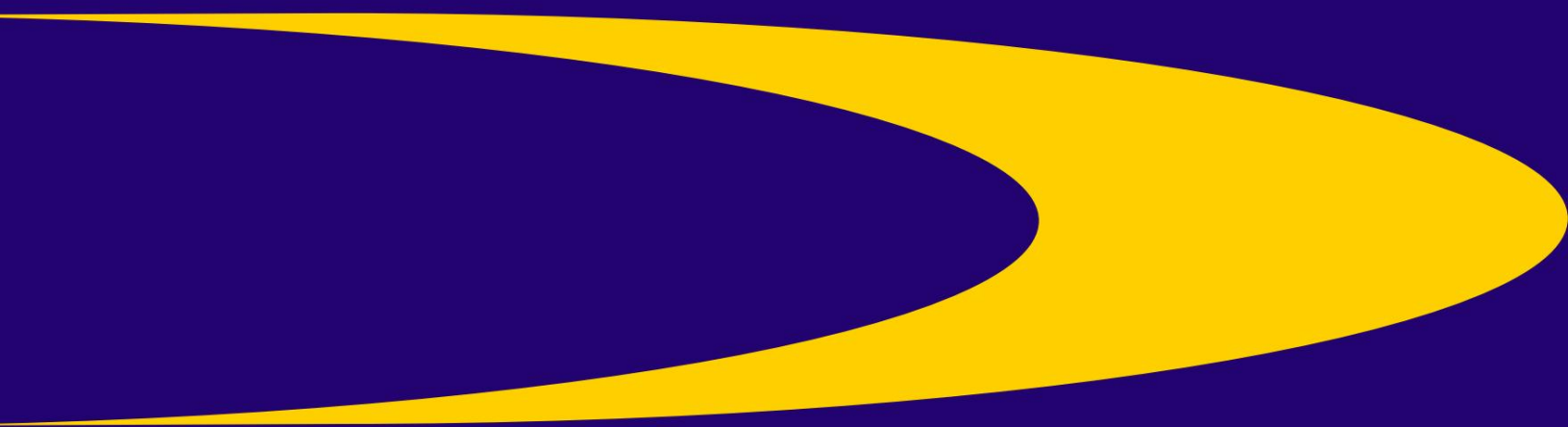
Centra administracji bezpieczeństwa świadczeń pracowniczych dla usług Medicare i Medicaid

www.dol.gov/agency/ebsa www.cms.hhs.gov

866-444-EBSA (3272)

877-267-2323, Opcja menu 4, wew. 61565

www.seiut36.com



Październik 2024

Błąd Unii