



www.seiu36.com



¡Es tiempo de inscripción abierta!

2025
Guía de beneficios

¡Solo tienes hasta el 2 de diciembre para inscribirte en los Beneficios para Trabajadores a Tiempo Parcial y de Fin de Semana de BOLR para 2025

¿Qué hay dentro?

Descripción general de la inscripción abierta	2
Datos básicos	3
Beneficios dentales	4
Beneficios de la visión	5
Seguro de vida y seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D)	6
Prestaciones por discapacidad	7
Avisos importantes	8

¿Necesita un formulario?

¡Consulta el frente de esta guía y nuestro sitio web!

Los formularios que debe completar para la inscripción se encuentran en las primeras páginas de esta guía y en Contactos y recursos. página (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>) en nuestro sitio web. Los formularios del sitio se pueden completar en línea. Solo tendrá que imprimirlos, firmarlos y luego enviarlos por correo a la Oficina del Fondo.



Cada formulario le indicará las condiciones en las que debe completarlo. Complete únicamente los formularios que correspondan a su caso. Corte cada formulario completado por el borde perforado y envíelo por correo a la Oficina del Fondo utilizando el sobre de devolución incluido en esta guía.

RECUERDA: Elige

¡Tenga cuidado! Una vez que finalice el período de inscripción abierta, no podrá cambiar sus elecciones hasta el próximo período de inscripción abierta en el otoño de 2025, para la cobertura que entrará en vigencia el 1 de enero de 2026, a menos que tenga un cambio de estado calificado.

Descripción general de la inscripción abierta

Octubre de 2024

En esta Guía y los materiales que la acompañan, encontrará la información, los formularios y las instrucciones que necesita para inscribirse en la cobertura de beneficios para trabajadores a tiempo parcial y de fin de semana de BOLR en 2025. Revise atentamente los materiales adjuntos y considere las necesidades de su familia antes de inscribirse en la cobertura.

La inscripción abierta es su oportunidad anual de revisar su cobertura y realizar cambios en los beneficios que elija o en los dependientes que cubra. Fuera de la inscripción abierta, solo se le permite realizar cambios si son el resultado de un cambio de vida calificado (un "evento calificado") como se describe a continuación. Revise los materiales adjuntos y considere sus necesidades y las de su familia antes de tomar decisiones de inscripción. Si desea realizar cambios en su estado de dependiente, devuelva su formulario de inscripción de trabajador de tiempo parcial y de fin de semana de BOLR completo a la Oficina del Fondo a más tardar el 2 de diciembre de 2024.

Si desea conservar las mismas opciones de beneficios y cobertura que tiene actualmente, no necesita hacer nada. Para quienes actualmente tienen hijos dependientes en el Plan, complete el Formulario de inscripción de dependientes para autorizar la deducción de la prima por dependientes para 2025.

¿Preguntas?

Si tiene alguna pregunta, no dude en ponerse en contacto con la Oficina de Fondos de Beneficios. Puede comunicarse con nosotros al (215) 568-3262, extensión 1400 o al (800) 338-9025, extensión 1400 (fuera del área de llamadas locales). También puede acercarse a la oficina del fondo SEIU Local 32 BJ, Distrito 36, ubicada en 1515 Market Street, Suite 1020, Philadelphia, PA 19102 para hablar con uno de nuestros representantes. Asegúrese de llamarnos antes de venir.

IMPORTANTE: Recordatorio de cambio de estado

SOLO puede agregar o eliminar dependientes o hacer cualquier otro cambio en su cobertura de beneficios fuera del período de inscripción abierta si experimenta un evento calificador. Un evento calificador significa que usted o su dependiente experimenta un cambio de vida que afecta la administración de sus beneficios. Algunos ejemplos incluyen casarse, dar a luz o divorciarse. En estos casos, es posible que deba agregar o eliminar dependientes de su cobertura del Fondo.

Para todos los eventos que califican, debe proporcionar documentación del cambio de estado (como un certificado de nacimiento o matrimonio). La Oficina del Fondo DEBE recibir la documentación dentro de los 31 días posteriores al evento que califica (90 días para el nacimiento de su hijo). Revise la Descripción resumida del plan o comuníquese con la Oficina del Fondo para obtener más información sobre los eventos que califican.

Nota: Si tiene un evento calificado y necesita completar un nuevo formulario de censo/beneficiario para reflejar el cambio de estado, comuníquese con la Oficina del Fondo.

Este documento y los materiales incluidos en su paquete de inscripción brindan una descripción resumida de sus beneficios del Fondo de Bienestar Social BOLR del SEIU Local 32BJ, Distrito 36 y los cambios que entrarán en vigencia el 1 de enero de 2025. Estos materiales complementan otras descripciones de los beneficios de su Plan. Los cambios descritos en estos documentos y los materiales adjuntos entran en vigencia a partir del 1 de enero de 2025. El Fondo espera continuar con el Plan y los beneficios mencionados en estos documentos y descritos en su folleto de beneficios de manera indefinida, pero se reserva el derecho de modificar, suspender o terminar el Plan, en su totalidad o en parte, en cualquier momento y por cualquier motivo. Ni la recepción de este paquete de inscripción ni la inscripción en cualquiera de los beneficios ofrecidos bajo el Plan constituyen un contrato de empleo. Lea estos documentos con atención y guarde esta información importante con sus otros materiales de beneficios para referencia futura.

Datos básicos

¿Quién es elegible?

Usted es elegible para el Plan de Trabajadores a Tiempo Parcial y de Fin de Semana de BOLR si trabaja en un empleo cubierto y su empleador está obligado mediante un acuerdo de negociación colectiva a realizar contribuciones en su nombre al Fondo.

Si es elegible para participar en el Plan de Trabajadores a Tiempo Parcial y de Fin de Semana de BOLR, también puede inscribir a sus dependientes elegibles para recibir beneficios médicos, dentales y de la vista. Sus dependientes elegibles incluyen:

- Su cónyuge legal (incluido el cónyuge del mismo sexo)
- Niños desde el nacimiento hasta los 26 años
- Hijastros hasta los 26 años
- Hijos adoptados (desde la fecha de colocación en su hogar) hasta los 26 años
- Niños colocados en adopción
- Hijos mayores de 26 años incapaces de mantener un empleo debido a discapacidad mental o física.

Cualquier niño por quien usted asuma gratuitamente el sustento no será considerado dependiente.

Inscripción de dependientes

Debe completar y enviar la siguiente información para inscribir a sus dependientes en el Plan:

- Formulario de inscripción de dependientes (recuerde completar ambos lados)
- Estado de dependencia del documento : algunos ejemplos de documentación incluyen:
 - Certificado de nacimiento estatal válido que nombre a ambos padres en el caso de los hijos naturales o hijastros menores de 26 años
 - Comprobante de adopción de un niño adoptado legalmente menor de 26 años
 - Si es necesario agregar a sus hijos menores de 26 años como resultado de una Orden de Manutención Médica Calificada para Niños, proporcione una copia de la Orden
 - Comprobante de número de Seguro Social
 - Si tiene un hijo que debe permanecer en su cobertura después de los 26 años debido a una discapacidad física o mental que le impide mantenerse por sí mismo, la Oficina del Fondo requiere documentación de su discapacidad periódicamente. Esta información debe proporcionarse a la Oficina del Fondo a más tardar 31 días después de la fecha del 26.º cumpleaños del hijo.

Si decide eliminar a un dependiente del Plan, debe completar el formulario de exclusión voluntaria y enviar prueba de otra cobertura para ese dependiente a la Oficina del Fondo.

Cualquier cambio que realice en su estado de dependiente debe completarse y devolverse a la Oficina del Fondo en el sobre con su dirección y estampilla adjunto antes del 2 de diciembre de 2024. Si no agrega ni elimina un dependiente durante la inscripción abierta, debe esperar para hacerlo hasta que usted o su dependiente experimenten un evento calificado.

Orden de manutención médica calificada para niños (QMCSO)

Si se le exige que proporcione manutención infantil y cobertura de atención médica en virtud de una Orden de manutención médica calificada para niños (QMCSO), comuníquese con la Oficina del Fondo para obtener una explicación de la información requerida. Una QMCSO es cualquier sentencia, decreto u orden emitida por el tribunal que le exige que proporcione cobertura de atención médica para un niño. Para obtener información adicional sobre los procedimientos para la administración de las QMCSO, comuníquese con la Oficina del Fondo.

¿Tiene preguntas? Llame a la Oficina del Fondo al 215-568-3262 ext. 1400 o al 800-338-9025 ext. 1400.

Beneficios dentales

El cuidado dental profesional y regular no solo es esencial para una buena salud, sino que también puede prevenir problemas graves o costosos. Por eso, nuestro plan dental, proporcionado a través de Delta Dental, cubre una gama completa de servicios dentales, que incluyen atención preventiva y de diagnóstico.

Cuadro de Beneficios Dentales

Deducible	En red	Fuera de la red
Beneficio máximo anual ¹	\$3,000 por persona, por año	\$3,000 por persona, por año
Preventivo y Atención diagnóstica • Examen bucal, limpieza, Radiografías de aleta de mordida (dos veces al año); radiografías de boca completa cada 36 meses • Tratamientos con flúor hasta los 19 años (se aplican límites) • Selladores o mantenedores de espacio (se aplican límites de edad)	100%	100% (cantidad permitida)
Restaurativo básico • Rellenos	100%	100% (cantidad permitida)
Restauración mayor • Reparaciones de coronas existentes • Incrustaciones, onlays, coronas, restauraciones fundidas • Puentes y dentaduras postizas	100%	100% (cantidad permitida)
Ortodoncia (Solo para niños, sujeto a un máximo de por vida de \$4,500, excepto en el caso de ortodoncia médicamente apropiada)	100% Máximo de por vida de \$1000	100% (cantidad permitida)

¹ El máximo anual para atención dental es un máximo combinado para la atención dentro y fuera de la red. Según las pautas de la Ley de Atención Médica Asequible (ACA), la atención dental pediátrica no está sujeta a los máximos anuales.

Predeterminar los beneficios para tratamientos superiores a \$300

Si se espera que su tratamiento cueste \$300 o más, pídale a su dentista que "predetermine los beneficios" con Delta Dental antes de que comience el tratamiento (esto significa evaluar si el tratamiento sugerido es adecuado y determinar cuánto pagará el Plan por la atención). Con la predeterminación, usted sabe exactamente cuánto pagará el Plan y cuánto pagará usted. De esa manera, puede hacer arreglos financieros antes de que comience el tratamiento.

Para determinar los beneficios, su dentista debe enviar un formulario de reclamo a Delta Dental que describa el tratamiento propuesto y los cargos estimados. Delta Dental le enviará un estado de cuenta que muestra los servicios que estarán cubiertos y cuánto pagará el Plan. Puede revisar el plan de tratamiento con su dentista y acordar los servicios que se realizarán. Una vez finalizado el tratamiento, devuelva el estado de cuenta original, con las fechas de los servicios y las firmas necesarias, a Delta Dental para el pago.

Revise la descripción resumida de su plan para obtener una lista completa de limitaciones y exclusiones dentales.

Beneficios de la visión

Cómo funciona el plan

Tiene la opción de recibir atención oftalmológica de un proveedor participante de National Vision Administrator (NVA) o de cualquier otro especialista en atención oftalmológica. Sin embargo, recibe los máximos beneficios cuando utiliza un médico oftalmólogo o un optometrista participante.

- Cuando utiliza un proveedor participante, recibe los máximos beneficios porque el Plan paga el costo total o una gran parte del costo de la mayoría de los servicios de rutina.
- Cuando utilice un proveedor no participante, el Plan le reembolsará los exámenes, los marcos de anteojos y los lentes o lentes de contacto. Usted paga el costo total cuando recibe los servicios. Luego, debe presentar un reclamo para que se le reembolse la parte del costo que le corresponde al Plan.

Lo que paga el plan

Cuando recibe servicios de un proveedor participante de NVA, el plan paga el costo de un examen de la vista una vez cada 24 meses. Para los niños menores de 19 años, el plan paga un examen de la vista una vez cada 12 meses.

El Plan también paga un nuevo par de lentes y marcos, o lentes de contacto, hasta \$120 cada 24 meses (o cada 12 meses para niños menores de 19 años).

Cuando recibe servicios de un proveedor de la vista no participante, el Plan pagará hasta \$30 por un examen de la vista una vez cada 24 meses (o cada 12 meses para niños menores de 19 años).

El Plan también paga hasta \$60 por lentes y hasta \$60 por marcos, o hasta \$120 por lentes de contacto, una vez cada 24 meses para niños y adultos.

Gastos no cubiertos (Tenga en cuenta que esta es solo una lista parcial).

El Plan Visión no cubre:

- Fotografía del fondo del ojo;
- Tratamiento médico o quirúrgico de los ojos;
- Servicios o materiales proporcionados como resultado de la Ley de Compensación al Trabajador u obtenidos por cualquier agencia o programa gubernamental; o,
- Gafas de sol sencillas o graduadas.

Con el Plan de la vista, puede usar su tarjeta de identificación para obtener servicios de atención oftalmológica o anteojos. Sin embargo, no puede usar su tarjeta junto con ofertas especiales, como cupones o promociones especiales.

Seguro de vida y muerte accidental y Seguro por desmembramiento (AD&D)

Hoy en día, el seguro de vida es más que un "beneficio que da tranquilidad": es una de las necesidades de la vida.

El seguro de vida está diseñado para ofrecer protección a su familia, o a cualquier persona que dependa de sus ingresos, si usted muere. El seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D) le paga un beneficio si sufre la pérdida accidental de una extremidad o de la vista, y le paga un beneficio a su(s) beneficiario(s) si usted muere como resultado de un accidente cubierto.

Los dependientes no son elegibles para la cobertura de seguro de vida y AD&D.

Este beneficio del seguro de vida generalmente solo se paga si usted muere mientras se encuentra en un empleo cubierto activo.

Cualquier beneficio de AD&D pagadero como resultado de su muerte accidental es igual al monto de su seguro de vida y se paga además de su beneficio de seguro de vida.

El monto del beneficio por AD&D depende del tipo de pérdida accidental.

Consulte la Descripción Resumida de su Plan o llame a la Oficina del Fondo para obtener más detalles.

Pueden aplicarse exclusiones y ciertas limitaciones.

Consulte la Descripción resumida de su plan para obtener una lista completa de exclusiones y limitaciones.

Beneficio exclusivo para empleados

Muerte, natural	\$25,000
Muerte, accidente	\$25,000 (además de lo anterior)
Beneficios del desmembramiento	Monto específico determinado por pérdida

No olvide a su beneficiario

Para asegurarse de que los beneficios se paguen a la persona que usted desea, debe nombrar a su beneficiario y mantener sus designaciones de beneficiarios actualizadas a medida que su vida cambia. Si es elegible recientemente o si hay cambios en su estado de dependiente, complete un formulario de información del censo demográfico/beneficiario. Comuníquese con la Oficina del Fondo si necesita un nuevo formulario. Devuelva el formulario a la Oficina del Fondo.

Prestaciones por discapacidad

Los beneficios por discapacidad le brindan a usted y a su familia un pago semanal complementario si queda discapacitado y no puede trabajar debido a una enfermedad o lesión no relacionada con el trabajo.

El tiempo específico que se le concede por incapacidad se determina según el diagnóstico y las pautas de incapacidad establecidas. Sin embargo, ninguna incapacidad puede exceder el beneficio máximo de 26 semanas debido a una enfermedad. Para que se consideren los beneficios por incapacidad, debe completar un formulario de reclamo por incapacidad y debe proporcionar documentación de un médico legalmente calificado que certifique que está incapacitado y no puede realizar sus tareas laborales normales.

Los empleados a tiempo parcial y de fin de semana son elegibles para recibir un beneficio de \$30 por semana (o por fin de semana) por enfermedad o lesión mientras estén discapacitados y permanezcan bajo el cuidado directo y regular de un médico legalmente calificado.

El formulario para su reclamo por discapacidad debe presentarse en tiempo y forma. Consulte el formulario para obtener más información sobre los plazos y los plazos. Comuníquese con la Oficina del Fondo para obtener un formulario.

Su solicitud de incapacidad comienza el séptimo día hábil después de que visite a su médico como resultado de su incapacidad. No se pagarán beneficios por incapacidad por ningún período en el que haya faltado al trabajo antes de visitar a su médico.

Para obtener más información sobre los beneficios por discapacidad, consulte la Descripción resumida del plan o llame a la Oficina del Fondo al (215) 568-3262 o al (800) 338-9025 fuera del área de llamadas locales.

“Médico legalmente calificado” incluye médicos (MD), médicos osteopáticos (DO), médicos cirujanos dentales (DDS), médicos dentales (DMD) o médicos podiátricos (DPM).

Toda reclamación por discapacidad debe presentarse en la Oficina del Fondo dentro de los 60 días a partir de la fecha inicial de su discapacidad. Asegúrese de que usted, su empleador y su médico tratante completen y firmen todas las secciones antes de presentarlas en la Oficina del Fondo.

Si está sin trabajo debido a una incapacidad continua que excede un mes, será necesario que complete formularios de continuación (formularios azules) periódicamente, generalmente mensualmente.

Avisos importantes

El Fondo de Bienestar Social BOLR del Distrito 36 del SEIU Local 32 BJ ("el Fondo") debe proporcionarle los siguientes avisos importantes. Revíselos detenidamente para comprender sus derechos y responsabilidades.

Derechos de inscripción especiales de HIPAA

Si rechaza la inscripción en el plan de seguro médico para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a otra cobertura de seguro médico, es posible que en el futuro pueda inscribirse usted mismo o inscribir a sus dependientes en este plan, siempre que solicite la inscripción dentro de los 31 días posteriores a la finalización de su otra cobertura y proporcione la documentación de respaldo. Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, adopción o colocación para adopción, es posible que pueda inscribirse usted mismo y inscribir a sus dependientes en el plan de seguro médico, siempre que solicite la inscripción dentro de los 31 días posteriores al matrimonio, adopción o colocación para adopción. Si tiene un nuevo dependiente como resultado del nacimiento, es posible que pueda inscribirse usted mismo y inscribir a sus dependientes en el plan de seguro médico, siempre que solicite la inscripción dentro de los 90 días posteriores al nacimiento.

El Fondo también permitirá una oportunidad de inscripción especial si usted o sus dependientes elegibles:

- Perder la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) porque ya no es elegible, o
- Ser elegible para un programa de asistencia de primas de un estado bajo Medicaid o CHIP.

Para estas oportunidades de inscripción, tendrá 60 días a partir de la fecha de la solicitud de Medicaid/ Cambio de elegibilidad para CHIP para solicitar la inscripción en la cobertura del Fondo. Tenga en cuenta que esta extensión de 60 días se aplica únicamente a las oportunidades de inscripción debido a cambios de elegibilidad para Medicaid/CHIP.

Los materiales de inscripción deben completarse y todas las pruebas de la condición de dependiente deben proporcionarse al Plan dentro de los 31, 60 o 90 días posteriores a la solicitud de Inscripción Especial. Si no puede completar los materiales de inscripción y proporcionar pruebas de la condición de dependiente dentro del plazo (por ejemplo, si necesita tiempo adicional para obtener un certificado de nacimiento para un recién nacido), la fecha límite puede extenderse.

COBRA

Según la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1986 (COBRA), usted y sus dependientes elegibles pueden continuar con la cobertura médica por hasta 18 meses si la cobertura finaliza porque:

- Usted termina su empleo por cualquier motivo (que no sea una mala conducta grave), o
- Tienes una reducción en tu jornada laboral.

COBRA también permite que sus dependientes elegibles continúen su cobertura médica por hasta 36 meses si la cobertura finalizaría de otra manera porque:

- Te mueres,
- Usted y su cónyuge se divorcian o se separan legalmente,
- Usted se vuelve elegible para Medicare, o
- Sus dependientes ya no son elegibles para la cobertura del plan médico.

Por lo general, usted y sus dependientes pueden optar por continuar con la cobertura en cualquier momento dentro de los primeros 60 días posteriores a la finalización de la cobertura o 60 días a partir de la fecha en que se recibe la notificación, lo que ocurra más tarde. La continuación de la cobertura entra en vigencia el primer día del mes siguiente a la fecha del evento que provocó la finalización de la cobertura, siempre que pague la prima necesaria. Solo puede continuar con la cobertura que estaba vigente un día antes del evento. Sin embargo, puede realizar cambios en sus elecciones cada año durante el período anual de inscripción abierta. Si el plan médico cambia, esos cambios también se aplicarán a la cobertura bajo COBRA.

Para recibir cobertura bajo COBRA, usted y/o sus dependientes elegibles deben realizar una elección oportuna y realizar pagos de primas mensuales.

Ley de protección de la salud de los recién nacidos y de las madres

En general, los planes de salud grupales y las compañías de seguros de salud no pueden, según la ley federal, restringir los beneficios por cualquier período de internación en el hospital relacionado con el parto para la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal o menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe que el médico que atiende a la madre o al recién nacido, después de consultar con la madre, dé de alta a la madre o al recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda).

En cualquier caso, los planes y los emisores no pueden, según la ley federal, exigir que un proveedor obtenga autorización del plan o del emisor para prescribir una duración de estadía que no exceda las 48 horas (o 96 horas, según corresponda).

Ley de derechos de la mujer en materia de salud y cáncer

La Ley de Derechos de la Mujer en materia de Salud y Cáncer exige que los planes de salud grupales y sus compañías de seguros y las HMO brinden ciertos beneficios a las pacientes de mastectomía que opten por la reconstrucción mamaria. En el caso de una participante del plan que reciba beneficios en relación con una mastectomía, se brindará cobertura de la manera que se determine en consulta con el médico tratante para:

- Todas las etapas de reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir una apariencia simétrica; y
- Prótesis y tratamiento de complicaciones físicas de la mastectomía, incluyendo linfedema

Los beneficios de reconstrucción mamaria están sujetos a deducibles y limitaciones de coseguro que son consistentes con los establecidos para otros beneficios bajo el plan.

Recordatorio del aviso de privacidad de HIPAA

Las normas de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés) exigen que el Plan de Bienestar Social BOLR del SEIU Local 32 BJ, Distrito 36 (el "Plan") envíe periódicamente un recordatorio a los participantes sobre la disponibilidad del Aviso de Privacidad del Plan y cómo obtenerlo. El Aviso de Privacidad explica los derechos de los participantes y las obligaciones legales del Plan con respecto a la información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés) y cómo el Plan puede usar y divulgar la PHI. También puede obtener una copia del Aviso de Privacidad comunicándose con la Oficina del Fondo al 215-568-3262, extensión 1400 o al 800-338-9025, extensión 1400 (fuera del área de llamadas locales).

Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)

Asistencia para el pago de primas en virtud de Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para la cobertura de salud de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia para las primas que puede ayudar a pagar la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no serán elegibles para estos programas de asistencia para las primas, pero es posible que puedan comprar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información, visite www.healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y vive en uno de los estados enumerados a continuación, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para averiguar si hay asistencia con las primas disponible.

Si usted o sus dependientes NO están actualmente inscritos en Medicaid o CHIP, y cree que usted o alguno de sus dependientes podría ser elegible para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado o llame al 877-KIDS NOW o www.insurekidsnow.gov para averiguar cómo presentar una solicitud. Si reúne los requisitos, pregunte en su estado si existe un programa que pueda ayudarlo a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir asistencia con las primas de Medicaid o CHIP, así como también son elegibles según el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan de su empleador si aún no lo está. Esto se denomina una oportunidad de "inscripción especial" y debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días posteriores a que se determine que es elegible para recibir asistencia con las primas. Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo en www.askebsa.dol.gov o llame al 866-444-EBSA (3272).

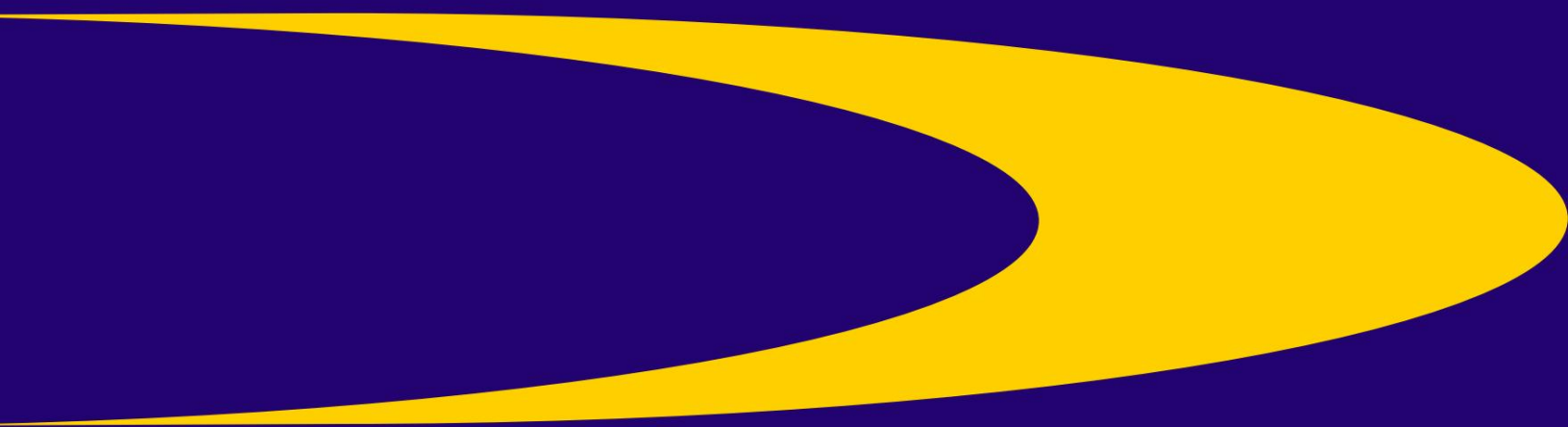
La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de julio de 2024. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad.

PENSILVANIA	Medicaid y CHIP
Sitio web de Medicaid	https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-paid-program-hipp.html
Teléfono de Medicaid	800-692-7462
Sitio web de CHIP	https://www.dhs.pa.gov/CHIP/Pages/CHIP.aspx
Teléfono CHIP	800-986-KIDS (5437)
NUEVA JERSEY	Medicaid y CHIP
Sitio web de Medicaid	http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/
Teléfono de Medicaid	800-356-1561
Teléfono de asistencia CHIP Premium	609-631-2392
Sitio web de CHIP	http://www.njfamilycare.org/index.html
Teléfono CHIP	800-701-0710 (TTY: 711)
NUEVA YORK	Seguro de enfermedad
Sitio web de Medicaid	https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/
Teléfono de Medicaid	800-541-2831
DELAWARE	Medicaid y CHIP
Sitio web de Medicaid	http://dhss.delaware.gov/dhss/dmma/medicaid.html
Teléfono de Medicaid	302-571-4900 o 866-843-7212
Sitio web de CHIP	http://dhss.delaware.gov/dhss/dmma/dhcp.html
Teléfono CHIP	302-571-4900 o 866-843-7212
MARYLAND	Medicaid y CHIP
Sitio web de Medicaid	https://health.maryland.gov/mmcp/Pages/home.aspx
Teléfono de Medicaid	855-642-8572
Sitio web de CHIP	https://mmcp.health.maryland.gov/chp/pages/home.aspx
Teléfono CHIP	855-642-8572 (TTY 711)

Para ver si su estado tiene un programa de asistencia para primas, o para obtener más información sobre los derechos de inscripción especiales, comuníquese con:

Departamento de Trabajo de los EE. UU. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.
 Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
www.dol.gov/agencies/ebsa www.cms.hhs.gov
 866-444-EBSA (3272) 877-267-2323, Opción de menú 4, Ext. 61565

www.seiu36.com



Octubre de 2024

