



www.seiu36.com



È tempo di iscrizioni aperte!

2026
Guida ai vantaggi

**Hai tempo solo fino al 19 dicembre per
iscriverti ai benefici part-time BOLR
BMCA per il 2026!**

MODULI DI ISCRIZIONE APERTI

I moduli da compilare per l'iscrizione si trovano nelle prossime pagine di questa guida e nella pagina Contatti e risorse (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>) sul nostro sito web. I moduli sul sito possono essere compilati online. Dovrai solo stamparli, firmarli e inviarli per posta all'ufficio del Fondo.



Puoi utilizzare il codice QR qui sopra per accedere direttamente al nostro sito. Apri l'app della fotocamera sul tuo smartphone o tablet e seleziona la fotocamera posteriore. Inquadra il codice con la fotocamera. Dovrebbe apparire una notifica. Cliccaci sopra e verrai indirizzato al nostro sito web. Assicurati di essere connesso a Internet.

Consulta le istruzioni nella parte superiore di ogni modulo per capire quali moduli devi compilare e rispedire all'ufficio del Fondo.

PROMEMORIA IMPORTANTE: compila solo i moduli che ti riguardano.

E assicurati di rivedere il resto della Guida a per aiutarti con l'iscrizione alla copertura assicurativa nel 2026. Quest'anno abbiamo aggiornato la Guida per renderla più facile da usare.

Domande? Contatta l'ufficio del Fondo.

Cosa c'è dentro

Panoramica delle 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

Questa Guida all'Iscrizione è disponibile in albanese, cinese, tedesco, italiano, polacco e spagnolo sul nostro sito web. Consultate la sezione "Documenti e Moduli" della pagina "Contatti e Risorse" (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>). Si prega di notare che i moduli sono disponibili solo in inglese.

La registrazione delle modifiche è disponibile nella sezione dedicata a Internet. Vai alla sezione "Documenti e formulari" e alle domande frequenti "Contatti e documenti" (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>). Ju lutemi vini re se formularët janë të disponueshëm vetëm in inglese.

yyyyyyyyyyyyyyyyyyyyyyyyyyyyyyyy
ÿÿ(<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>)yyyy.yyyyyyyyyy

Dieser Leitfaden zur Einschreibung ist auf unserer Website in deutscher Sprache verfügbar.
Gehen Sie zum Abschnitt "Dokumente & Formulare" der Seite "Kontakte & Ressourcen" (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>). Bitte beachten Sie, dass die Formulare nur auf Englisch verfügbar sind.

Questa guida all'iscrizione è disponibile in italiano sul nostro sito web. Vai alla sezione "Documenti e moduli" della pagina "Contatti e risorse" (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>). Tieni presente che i moduli sono disponibili solo in inglese.

Niniejszy Przewodnik Rekrutacyjny jest dostępny w języku polskim naszej stronie internetowej.
Przejdź do sekcji "Dokumenty i formularze" nella sezione "Kontakty i zasoby" (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>). Należy pamiętać, że formularze są dostępne wyłącznie w języku angielskim.

Questa guida di iscrizione è disponibile in spagnolo nel nostro sito web. Vai alla sezione "Documenti e formulari" della pagina "Contatti e risorse" (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>). Tieni presente che i formulari sono disponibili solo in inglese.

Hai bisogno di un modulo?
Consulta la prima
pagina di questa Guida e
il nostro sito web!

I moduli da 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
presenti sul sito possono
essere compilati online. Sarà
sufficiente stamparli, firmarli
e inviarli per posta all'ufficio
del Fondo.



Ogni modulo indicherà le
condizioni in base alle quali
è necessario compilarlo.
Compilare solo i moduli
pertinenti al proprio caso.
Strappare ogni modulo
compilato lungo il bordo
perforato e inviarlo per
posta all'ufficio del Fondo
utilizzando la busta di ritorno inclusa in questa guida.

RICORDA: Scegli
Attenzione! Una volta
terminato il periodo di
iscrizione aperta, non potrai
modificare le tue scelte fino
al prossimo periodo di
iscrizione aperta nell'autunno
del 2026, per una
copertura effettiva dal 1°
gennaio 2027, a meno
che tu non abbia un cambio di stato qualificato.

Panoramica delle iscrizioni aperte

Ottobre 2025

In questa Guida e nei materiali allegati troverai le informazioni, i moduli e le istruzioni necessarie per iscriverti alla copertura dei benefici part-time BOLR BMCA nel 2026.

L'iscrizione aperta è la tua opportunità annuale per rivedere la tua copertura e apportare modifiche ai benefit che scegli o ai familiari a carico 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. Ti preghiamo di esaminare il materiale allegato e di considerare le tue esigenze e quelle della tua famiglia prima di prendere decisioni in merito all'iscrizione. Se desideri apportare modifiche al tuo stato di familiare a carico, restituisci il modulo di iscrizione part-time BMCA compilato all'ufficio del Fondo entro e non oltre il 19 dicembre 2025.

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

Domande?

Per qualsiasi domanda non esitate a contattare l'Ufficio Fondi Previdenziali. Potete contattarci al numero (215) 568-3262, interno 1400 o al numero (800) 338-9025, interno 1400 (al di fuori dell'area di chiamata locale). Potete anche recarvi presso l'ufficio del Fondo SEIU Local 32 BJ, Distretto 36, situato in Market Street 1515, Suite 1020, Philadelphia, PA 19102, per parlare con uno dei nostri rappresentanti. Assicuratevi di contattarci telefonicamente prima di venire.

IMPORTANTE: Promemoria di modifica dello stato

È possibile aggiungere o rimuovere persone a carico o apportare altre modifiche alla copertura dei benefici al di fuori dell'iscrizione aperta SOLO se si verifica un evento qualificante. Un evento qualificante significa che tu o una persona a carico subite un cambiamento di vita che influisce sulla gestione dei benefici. Alcuni esempi includono il matrimonio, il parto o il divorzio. In questi casi, potrebbe essere necessario aggiungere o rimuovere persone a carico dalla copertura del Fondo.

Per tutti gli eventi qualificanti, è necessario fornire la documentazione del cambio di stato (ad esempio un certificato di nascita o di matrimonio). **L'Ufficio del Fondo DEVE ricevere la documentazione entro 31 giorni dall'evento qualificante (90 giorni per la nascita del figlio; o 60 giorni se si perde la copertura Medicaid o del Children's Health Insurance Program (CHIP) perché non si è più idonei, o si diventa idonei per un programma statale di assistenza ai premi assicurativi nell'ambito di Medicaid o CHIP).** Si prega di consultare la Descrizione Riepilogativa del Piano o di contattare l'Ufficio del Fondo per ulteriori informazioni sugli eventi qualificanti.

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

Questo documento e il materiale allegato al tuo pacchetto di iscrizione forniscono una descrizione sintetica dei tuoi benefici del Fondo di Previdenza Sociale BOLR del SEIU Local 32BJ, Distretto 36 e delle modifiche che enteranno in vigore il 1° gennaio 2026. Questi materiali integrano altre descrizioni dei benefici del tuo Piano. Le modifiche descritte in questi documenti e nel materiale allegato sono in vigore dal 1° gennaio 2026. Il Fondo si augura di continuare a fornire il Piano e i benefici menzionati in questi documenti e descritti nel tuo opuscolo sui benefici 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 benefici offerti dal Piano costituiscono un contratto di lavoro. Ti preghiamo di leggere attentamente questi documenti e di conservare queste importanti informazioni insieme agli altri materiali relativi ai benefici per riferimento futuro.

Fatti di base

Chi è idoneo?

Hai diritto al piano part-time BOLR BMCA se lavori in un impiego coperto e il tuo datore di lavoro è tenuto, tramite un contratto collettivo di lavoro, a versare contributi per tuo conto al Fondo.

Se hai diritto a partecipare al piano part-time BOLR BMCA, puoi anche iscrivere i tuoi familiari aventi diritto alle prestazioni odontoiatriche e oculistiche. I tuoi familiari aventi diritto 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 all'età di 26 anni
- Bambini dati in adozione
- Bambini di età superiore ai 26 anni incapaci di mantenere un impiego a causa di disabilità mentale o handicap fisico

Qualsiasi figlio per il quale si assume gratuitamente il mantenimento non 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 statale valido che indichi 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 per i figli, si prega di fornire una copia dell'ordine
 - Prova del numero di previdenza sociale
 - Se hai un figlio che deve rimanere assicurato oltre i 26 anni a causa di una disabilità fisica o mentale che lo rende incapace di provvedere a se stesso, l'Ufficio del Fondo richiederà periodicamente la documentazione relativa alla sua disabilità. Queste informazioni devono essere fornite all'Ufficio del Fondo 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 proprio stato di persona a carico deve essere completata e restituita all'ufficio del Fondo nella busta affrancata e preindirizzata allegata entro il 19 dicembre 2025. Se non si aggiunge o si elimina una persona a carico durante l'iscrizione aperta, è necessario attendere che tu o la persona a carico si verifichi 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 l'Ufficio del Fondo per una spiegazione delle informazioni richieste. Un QMCSO è qualsiasi sentenza, decreto o ordinanza emessa dal tribunale che ti imponga di fornire la copertura sanitaria per un figlio. Per ulteriori informazioni sulle procedure di gestione dei QMCSO, contatta l'Ufficio del Fondo.

Prestazioni odontoiatriche

Una cura odontoiatrica regolare e professionale non è solo essenziale per una buona salute, ma può anche prevenire problemi gravi o costosi. Ecco perché il nostro Piano Dentale, offerto da Delta Dental, copre una gamma completa di servizi odontoiatrici, tra cui diagnosi e prevenzione.

Tabella dei benefici dentali

Deducibile	In rete	Fuori dalla rete
Beneficio massimo annuo¹	\$ 3.000 a persona, all'anno	\$ 3.000 a persona, all'anno
Preventivo e Assistenza diagnostica • Esame orale, pulizia, radiografie bitewing (due volte all'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 • Otturazioni	100%	100% (importo consentito)
Restaurativo Maggiore • Riparazioni di corone esistenti • Intarsi, onlay, corone, restauri in gesso • Ponti e protesi dentarie	100%	100% (importo consentito)
Ortodonzia (Solo per i bambini, con un massimo di \$ 4.500 a vita, fatta eccezione per l'ortodonzia medicalmente appropriata)	100% Massimo di \$ 1.000 a vita	100% (importo consentito)

1 Il massimale annuo per le cure odontoiatriche è un massimale combinato per le cure in-network e fuori-network. Secondo le linee guida dell'Affordable Care Act (ACA), le cure odontoiatriche pediatriche non sono soggette ai massimali annuali.

Predeterminare i benefici per i trattamenti superiori a \$ 300

Se si prevede che il trattamento costerà 300 dollari 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 coprirà per le cure). Con la predeterminazione, saprai esattamente quanto il Piano coprirà e quanto pagherai tu. In questo modo, potrai prendere accordi finanziari prima dell'inizio del trattamento.

Per predeterminare i benefici, il tuo dentista deve inviare un modulo di richiesta a Delta Dental che descriva il trattamento proposto e i costi stimati. Delta Dental ti invierà un estratto conto che mostra i servizi coperti e l'importo previsto dal Piano. Puoi rivedere il piano di trattamento con il tuo dentista e concordare i servizi da eseguire. Una volta completato il 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, consultare la Descrizione riassuntiva del piano.

Benefici per la vista

Come funziona il piano

Hai la possibilità di ricevere assistenza oculistica da un centro oculistico aderente al programma National Vision Administrator (NVA) o da qualsiasi altro specialista. Tuttavia, i massimi benefici si ottengono rivolgendosi a un oculista o optometrista aderente al programma.

- **Quando ti rivolgi a 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.
- **Se ti avvali di un fornitore non aderente**, il Piano ti rimborsa le spese per esami, montature per occhiali e lenti a contatto. Pagherai l'intero costo al momento della ricezione dei servizi. Successivamente, dovrà presentare una richiesta di rimborso per la quota di costo a carico del Piano.

Cosa paga il piano

Quando si ricevono servizi da un fornitore partecipante all'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 ricevono 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 Piano Vision 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 Piano Vision, puoi utilizzare la tua tessera identificativa per usufruire di servizi oculistici o per acquistare occhiali. Tuttavia, non puoi utilizzare la tessera in abbinamento a offerte speciali, come coupon o promozioni.

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

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

L'assicurazione sulla vita è progettata per offrire protezione alla tua famiglia, o a chiunque faccia affidamento sul tuo reddito, in caso di decesso. L'assicurazione contro la morte e la mutilazione accidentale (AD&D) ti garantisce un indennizzo in caso di perdita accidentale di un arto o della vista, e un indennizzo ai tuoi beneficiari in caso di decesso a seguito di un incidente coperto dalla polizza.

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

Beneficio riservato ai soli 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 desiderata, devi nominare il beneficiario e mantenerlo aggiornato man mano che la tua vita cambia. Se hai recentemente diritto o hai subito modifiche al tuo stato di carico, compila un modulo di Censimento Demografico/Informazioni sul Beneficiario. Contatta l'Ufficio del Fondo se hai bisogno di un nuovo modulo. Restituire il modulo all'ufficio del Fondo.

Questa prestazione assicurativa
sulla vita è generalmente erogabile
solo in caso di decesso durante
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 pagata 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 essere applicate
esclusioni e limitazioni.
Per un elenco completo delle
esclusioni e delle limitazioni,
consulta la Descrizione
riassuntiva del piano.

Prestazioni di invalidità a breve termine

Se sei un dipendente a tempo pieno e il tuo datore di lavoro versa un contributo aggiuntivo al Fondo per le prestazioni di invalidità a breve termine, hai diritto alle prestazioni di invalidità a breve termine.

Le prestazioni di invalidità a breve termine garantiscono a te e alla tua famiglia un pagamento settimanale supplementare se diventi invalido e non puoi lavorare a causa di una malattia o di un infortunio non correlati al lavoro.

L'indennità di invalidità temporanea è determinata dalla diagnosi e dalle linee guida stabilite in materia di invalidità. Tuttavia, nessuna invalidità temporanea può superare il massimo beneficio di 26 settimane. Per poter prendere in considerazione l'indennità di invalidità temporanea, è necessario compilare un modulo di richiesta di invalidità temporanea e fornire la documentazione di un medico legalmente qualificato che certifichi la disabilità e l'impossibilità di svolgere le normali mansioni lavorative. Nota bene: anche i fornitori di servizi sanitari di base (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 la tua assistenza è gestita da un fornitore di servizi di salute mentale/uso di sostanze del MHC.

La richiesta di indennità di invalidità a breve termine decorre dal quarto giorno lavorativo successivo alla visita medica a seguito della disabilità. L'indennità di invalidità a breve termine non verrà erogata per il periodo di assenza dal lavoro prima della visita medica.

I moduli per l'invalidità a breve termine devono essere presentati entro i termini previsti. Se si è disoccupati a causa di un'invalidità continuativa superiore a un mese, è necessario presentare i moduli di continuazione ("moduli blu") regolarmente, solitamente una volta al mese. Consultare il modulo per ulteriori informazioni su tempi e scadenze. Contattare l'ufficio del Fondo per ottenere un modulo. Riceverete il credito di ammissibilità solo durante il periodo in cui percepite l'indennità di invalidità a breve termine.

Per maggiori informazioni sui benefici per invalidità a breve termine, consulta la Descrizione riassuntiva del piano oppure 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 le prestazioni di invalidità a breve termine.

Nota bene: alcuni datori di lavoro potrebbero comunque beneficiare dell'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, l'importo sarà di \$ 130 a settimana.

Per "medico legalmente qualificato" si intendono i medici (MD), i dottori in osteopatia (DO), i dottori in chirurgia odontoiatrica (DDS), i dottori in medicina dentale (DMD) o i dottori in medicina podologica (DPM).

Qualsiasi richiesta di indennità di invalidità a breve termine deve essere presentata all'Ufficio del Fondo entro 60 giorni dalla data iniziale dell'invalidità. Assicurati che tutte le sezioni siano compilate e firmate da te, dal tuo datore di lavoro e dal tuo medico curante prima di inviare la richiesta.

Avvisi importanti

Il Fondo di Previdenza Sociale BOLR della Sezione Locale 32 BJ, Distretto 36 SEIU ("il Fondo") è tenuto a fornirvi le seguenti importanti comunicazioni. Vi preghiamo di leggerle attentamente per comprendere i vostri 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 richieda l'iscrizione entro 31 giorni dalla scadenza dell'altra copertura e fornisca la documentazione giustificativa. Inoltre, se hai un nuovo familiare a carico a seguito di matrimonio, adozione o affidamento a fini di adozione, potresti essere in grado di iscrivere te stesso e i tuoi familiari a carico al piano di assicurazione sanitaria, a condizione che tu richieda l'iscrizione entro 31 giorni dal matrimonio, dall'adozione o dall'affidamento a fini di adozione. Se hai un nuovo familiare a carico a seguito di una nascita, potresti essere in grado di iscrivere te stesso e i tuoi familiari a carico al piano di assicurazione sanitaria, a condizione che tu richieda 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 Children's Health Insurance Program (CHIP) perché non si è più idonei, oppure
- Diventare idoneo per il programma di assistenza ai premi di uno stato nell'ambito di Medicaid o CHIP.

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

La documentazione per l'iscrizione deve essere compilata e tutta la documentazione comprovante lo stato di persona a carico deve essere fornita al Piano entro 31, 60 o 90 giorni dalla richiesta di Iscrizione Speciale. Se non si è in grado di compilare la documentazione per l'iscrizione e di fornire la documentazione comprovante lo stato di persona a carico entro i termini previsti (ad esempio, se è necessario più 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:

- Interrompi il rapporto di lavoro per qualsiasi motivo (diverso da grave condotta scorretta), oppure
- Hai una riduzione dell'orario di lavoro.

COBRA consente inoltre ai tuoi familiari aventi diritto di continuare la copertura medica fino a 36 mesi, qualora la copertura dovesse altrimenti terminare perché:

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

In genere, tu e i tuoi familiari a carico potete scegliere di continuare la copertura in qualsiasi momento entro i primi 60 giorni dalla scadenza della copertura o 60 giorni dalla data di ricezione della notifica, a seconda di quale evento si verifichi per ultimo. La copertura continuativa ha effetto il primo giorno del mese successivo alla data dell'evento che ne ha causato la cessazione, a condizione che venga pagato il premio necessario. È possibile continuare la copertura in vigore solo il giorno precedente l'evento. Tuttavia, è possibile apportare modifiche alle proprie scelte ogni anno durante il periodo di iscrizione annuale.

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 siete tenuti a effettuare tempestivamente una scelta e a versare i premi mensili.

Legge sulla protezione della salute dei neonati e delle madri

In genere, i piani sanitari collettivi e gli emittenti di assicurazioni sanitarie non possono, ai sensi della legge federale, limitare i benefici per la durata della degenza ospedaliera in relazione al parto della madre o del neonato a meno di 48 ore dopo un parto vaginale o a meno di 96 ore dopo un taglio cesareo. Tuttavia, la legge federale generalmente non vieta al medico curante della madre o del neonato, dopo aver consultato la madre, di dimettere la madre o il 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 impone ai piani sanitari collettivi, alle loro compagnie assicurative e alle HMO di fornire determinati benefit alle pazienti sottoposte a mastectomia che scelgono la ricostruzione del seno. Nel caso di un'iscritta al piano che riceve benefit in relazione a una mastectomia, la copertura sarà fornita secondo modalità stabilite 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 ottenere un aspetto simmetrico;
- E
- Protesi e trattamento delle complicanze 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 previste dall'Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) impongono al Piano di Previdenza Sociale SEIU Local 32 BJ, Distretto 36 BOLR (il "Piano") di inviare periodicamente un promemoria ai partecipanti sulla disponibilità dell'Informativa sulla Privacy del Piano e su come ottenerla. L'Informativa sulla Privacy illustra 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 tali informazioni. È inoltre possibile ottenere una copia dell'Informativa sulla Privacy contattando l'Ufficio del Fondo al numero 215-568-3262, interno 1400, o al numero 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 del vostro datore di lavoro, il vostro stato potrebbe disporre di un programma di assistenza ai premi assicurativi che può contribuire al pagamento della copertura, utilizzando i fondi dei 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 ai premi assicurativi, ma potrete essere in grado di acquistare una copertura assicurativa individuale tramite l'Health Insurance Marketplace. Per ulteriori informazioni, visitate **il sito 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 pensate che voi o uno dei vostri familiari a carico possiate essere idonei per uno di questi programmi, contattate l'ufficio Medicaid o CHIP del vostro Stato o chiamate l'**877-KIDS NOW** o visitate **il sito www.insurekidsnow.gov** per scoprire come presentare domanda. Se siete idonei, chiedete al vostro Stato se esiste un programma che potrebbe aiutarvi a pagare i premi per un piano sponsorizzato dal datore di lavoro.

Se tu o i tuoi familiari a carico avete diritto all'assistenza per i premi assicurativi Medicaid o CHIP, oltre ad essere idonei ai sensi del piano aziendale, il tuo datore di lavoro deve consentirti di iscriverti al piano aziendale se non lo hai già fatto. Questa è chiamata un'opportunità di "iscrizione speciale" e **devi richiedere la copertura entro 60 giorni dalla data in cui sei stato dichiarato idoneo all'assistenza per i premi assicurativi**. Per qualsiasi domanda sull'iscrizione al piano aziendale, contatta il Dipartimento del Lavoro all'indirizzo **www.askebsa.dol.gov** o chiama il **numero 866-444-EBSA (3272)**.

L'elenco seguente degli stati è aggiornato al 31 luglio 2025. 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-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html
Telefono Medicaid	Numero di telefono: 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	Numer verde 800-356-1561
Telefono di assistenza premium CHIP	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 di telefono: 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 premium 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 benefit per i dipendenti per i servizi Medicare e Medicaid
www.dol.gov/agencies/ebsa www.cms.hhs.gov

Note

Machine Translated by Google



Ottobre 2025