



www.seiu36.com



Czas na otwarty nabór!

2026

Przewodnik po świadczeniach

Masz czas tylko do 19 grudnia, aby zapisać się do programu świadczeń BOLR Part-Time and Weekend Worker Benefits na rok 2026!

OTWARTE FORMULARZE REJESTRACYJNE

Formularze, które należy wypełnić w celu rejestracji, znajdują się na kolejnych stronach tego przewodnika oraz na stronie „Kontakty i zasoby” (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>) na naszej stronie internetowej. Formularze na stronie można...

Wypełnij online. Wystarczy je wydrukować, podpisać i wysłać do biura Funduszu.



Możesz użyć powyższego kodu QR, aby przejść bezpośrednio do naszej strony. Wystarczy otworzyć aplikację aparatu na smartfonie lub tablecie i wybrać tylną kamerę. Skieruj aparat na kod. Powinno pojawić się powiadomienie. Kliknij je, aby przejść do naszej strony. Pamiętaj, aby upewnić się, że masz połączenie z internetem.

Aby dowiedzieć się, które formularze należy wypełnić i odesłać do Biura Funduszu, zapoznaj się z instrukcjami na górze każdego formularza.

WAŻNE PRZYPOMNIENIE: Prosimy wypełniać tylko te formularze, które dotyczą Państwa.

I koniecznie zapoznaj się z resztą Przewodnika pomożemy Ci w zapisaniu się na ubezpieczenie w 2026 roku. W tym roku zaktualizowaliśmy Przewodnik, aby był łatwiejszy w użyciu.

Masz pytania? Skontaktuj się z Biurem Funduszu.

Co jest w środku

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

Niniejszy Przewodnik Rejestracyjny jest dostępny w języku albańskim, chińskim, niemieckim, włoskim, polskim i hiszpańskim na naszej stronie internetowej. Przejdź do sekcji „Dokumenty i formularze” na stronie „Kontakty i zasoby” (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>). Formularze są dostępne tylko w języku angielskim.

Ky udhëzues regjistrimi është i disponueshëm në gjuhën shqipe në faqen tonë të internetit. Shkoni te seksioni „Dokumentet dhe formularët” të faqes „Kontaktet dhe burimet” (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>). Ju lutemi vini re se formularët janë të disponueshëm vëm në anglisht.

“ ” ”
(<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>)

Dieser Leitfaden zur Einschreibung ist auf unserer Strona internetowa w języku niemieckim 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.

Ta instrukcja jest dostępna w języku włoskim na naszej stronie internetowej. 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 lingua inglese.

Przewodnik Rekrutacyjny jest dostępny w języku polskim na naszej stronie internetowej. Przejdź do sekcji „Dokumenty i formularze” na stronie „Kontakty i pozostałości” (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>). Konieczne ogólnie, że formularze są dostępne wyłącznie w języku angielskim.

Esta Guía de Inscripción está disponible en español en nuestro sitio web. Vaya a la sección „Documentos y formularios” de la página „Contactos y recursos” (<https://www.seiu36.com/kontakty-zasoby/>). Tenga en cuenta que los formularios solo están disponibles en inglés.

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
pocztą do Biura Funduszu.



Każdy formularz zawiera
informacje o warunkach, na
jakich należy go wypełnić.
Wypełniaj tylko te formularze,
które Cię dotyczą. Oderwij
każdy wypełniony formularz
wzdłuż perforacji i wyślij
go do Biura Funduszu,
korzystając z koperty zwrotnej
dołączonej do tego przewodnika.

PAMIĘTAJ: Wybierz

Ostrożnie! Po zakończeniu
okresu Otwartych Zapisów
nie będziesz mógł zmienić swoich
wyborów aż do kolejnego
okresu Otwartych Zapisów
jesienią 2026 roku, aby uzyskać
ubezpieczenie od 1 stycznia
2027 roku, chyba że zmienisz
status kwalifikujący.

Przegląd otwartej rejestracji

Październik 2025

W tym Przewodniku i towarzyszących mu materiałach znajdziesz informacje, formularze i instrukcje potrzebne do zapisania się do programu świadczeń BOLR dla pracowników pracujących w niepełnym wymiarze godzin i weekendach w 2026 roku. Przed przystąpieniem do programu prosimy o dokładne zapoznanie się z załączonymi materiałami i uwzględnienie potrzeb rodziny.

Otwarty Okres Zapisów to coroczna okazja do przeglądu swojego ubezpieczenia i wprowadzenia zmian w wybranych świadczeniach lub osobach na Twoim utrzymaniu. Poza Otwartym Okresem Zapisów, zmiany są dozwolone tylko wtedy, gdy wynikają ze kwalifikującej się zmiany życiowej („zdarzenia kwalifikującego”), zgodnie z opisem poniżej. Przed podjęciem decyzji o zapisie prosimy o zapoznanie się z załączonymi materiałami i rozważenie potrzeb swoich i swojej rodziny. Jeśli chcesz zmienić status osoby na utrzymaniu, zwróć wypełniony formularz BOLR Part-Time and Weekend Worker Enrollment do Biura Funduszu najpóźniej do 19 grudnia 2025 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 objęte Planem, proszone są o wypełnienie Formularza Rejestracji Osoby Zależnej, który upoważnia do odliczenia składki za osobę zależną za rok 2026.

Masz pytania?

Jeśli mają Państwo jakiegokolwiek pytania, prosimy o kontakt z Biurem Funduszy Świadczeń. Możesz się z nami skontaktować pod numerem (215) 568-3262, wew. 1400 lub (800) 338-9025, wew. 1400 (poza lokalnym obszarem). Możesz również przyjść do biura funduszu okręgu 36 SEIU Local 32 BJ, pod adresem 1515 Market Street, Suite 1020, Philadelphia, PA 19102, aby porozmawiać z jednym z naszych przedstawicieli. Przed wizytą prosimy o kontakt telefoniczny.

WAŻNE: Przypomnienie o zmianie statusu

Możesz dodać lub usunąć osoby na utrzymaniu albo wprowadzić inne zmiany w zakresie świadczeń poza okresem Otwartego Zapisu TYLKO w przypadku wystąpienia zdarzenia kwalifikującego. Zdarzenie kwalifikujące oznacza, że Ty lub osoba na Twoim utrzymaniu doświadczyłeś zmiany w życiu, która wpłynie na administrowanie świadczeniami. Przykładami takich zdarzeń są: zawarcie związku małżeńskiego, urodzenie dziecka lub rozwód. W takich przypadkach może być konieczne dodanie lub usunięcie osób na utrzymaniu z zakresu świadczeń Funduszu.

W przypadku wszystkich zdarzeń kwalifikujących należy przedstawić dokumentację zmiany statusu (np. akt urodzenia lub małżeństwa). Biuro Funduszu MUSI otrzymać dokumentację w ciągu 31 dni od zdarzenia kwalifikującego (90 dni w przypadku urodzenia dziecka lub 60 dni w przypadku utraty ubezpieczenia Medicaid lub programu ubezpieczenia zdrowotnego dla dzieci (CHIP) z powodu utraty uprawnień lub uzyskania uprawnień do stanowego programu pomocy w opłacaniu składek w ramach Medicaid lub CHIP). Prosimy o zapoznanie się z opisem planu zbiorczego lub kontakt z Biurem Funduszu w celu uzyskania dodatkowych informacji na temat zdarzeń kwalifikujących.

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 oraz materiały zawarte w pakiecie rejestracyjnym zawierają podsumowanie świadczeń z Funduszu Socjalnego SEIU Local 32BJ, Okręgu 36 BOLR oraz zmian, które zaczną obowiązywać 1 stycznia 2026 r. Materiały te uzupełniają inne opisy świadczeń w ramach Planu. Zmiany opisane w tych dokumentach i załączonych materiałach obowiązują od 1 stycznia 2026 r. Fundusz ma nadzieję na kontynuację Planu i świadczeń wymienionych w tych dokumentach oraz opisanych w broszurze świadczeń na czas nieokreślony, ale zastrzega sobie prawo do zmiany, zawieszenia lub zakończenia Planu, w całości lub w części, w dowolnym momencie i z dowolnego powodu. Otrzymanie niniejszego pakietu rejestracyjnego ani zapisanie się na żadne ze świadczeń oferowanych w ramach Planu nie stanowi umowy o pracę. Prosimy o uważne przeczytanie tych dokumentów i zachowanie tych ważnych informacji wraz z innymi materiałami dotyczącymi świadczeń do wykorzystania w przyszłości.

Podstawowe fakty

Kto jest uprawniony?

Masz prawo do udziału w Planie Pracowników w Częściowym i Weekendowym BOLR, jeśli pracujesz 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 Planie BOLR dla Pracowników Częściowo-Etatowych i Weekendowych, możesz również zgłosić osoby pozostające na Twoim utrzymaniu do świadczeń medycznych, stomatologicznych i okulistycznych. Osoby pozostające na Twoim utrzymaniu 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 domu) do 26 roku życia
- Dzieci oddane do adopcji
- Dzieci powyżej 26 roku życia, które nie są w stanie podjąć pracy z powodu upośledzenia umysłowego lub niepełnosprawności fizycznej

Żadne dziecko, na które nieodpłatnie przyjmujesz alimenty, nie będzie uważane za osobę pozostającą na utrzymaniu.

Rejestracja osób na utrzymaniu

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

- Formularz zgłoszeniowy osoby zależnej (pamiętaj o wypełnieniu obu stron)
- 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 w wieku poniżej 26 lat
 - Jeśli w wyniku kwalifikowanego nakazu alimentacyjnego dla dzieci wymagane jest dodanie dzieci poniżej 26 roku życia, prosimy o dostarczenie kopii nakazu
 - Dowód posiadania numeru ubezpieczenia społecznego
 - Jeśli masz dziecko, które musi pozostać objęte Twoim ubezpieczeniem po ukończeniu 26 lat z powodu niepełnosprawności fizycznej lub psychicznej, w wyniku której nie jest w stanie utrzymać się samodzielnie, Biuro Funduszu wymaga okresowego dokumentowania niepełnosprawności. Informacje te należy dostarczyć do Biura Funduszu nie później niż 31 dni od ukończenia przez dziecko 26. roku życia.

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 zwrotnej ze znaczkiem i adresem do 19 grudnia 2025 r. Jeśli nie dodasz ani nie usuniesz osoby na utrzymaniu w trakcie otwartej rejestracji, musisz poczekać, aż u Ciebie lub osoby na Twoim utrzymaniu wystąpi zdarzenie kwalifikujące.

Kwalifikowany nakaz alimentacyjny na dziecko (QMCSO)

Jeśli jesteś zobowiązany do zapewnienia dziecku alimentów i opieki zdrowotnej na mocy kwalifikowanego nakazu medycznego dotyczącego alimentów (QMCSO), skontaktuj się z Biurem Funduszu, aby uzyskać wyjaśnienie wymaganych informacji. QMCSO to orzeczenie, dekret lub nakaz wydany przez sąd, który nakłada na Ciebie obowiązek zapewnienia dziecku opieki zdrowotnej. Aby uzyskać dodatkowe informacje dotyczące procedur administrowania nakazem QMCSO, skontaktuj się z Biurem Funduszu.

Masz pytania? Zadzwoń do biura Funduszu pod numer 215-568-3262 wew. 1400 lub 800-338-9025 wew. 1400.

Świadczenia stomatologiczne

Regularna, profesjonalna opieka stomatologiczna jest nie tylko niezbędna dla dobrego zdrowia, ale może również zapobiegać poważnym i 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 • Badanie jamy ustnej, czyszczenie, zdjęcia rentgenowskie skrzydłowo-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 • Wypełnienia	100%	100% (dozwolona ilość)
Główne działania naprawcze • 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% Maksymalna kwota dożywotnia 1000 USD	100% (dozwolona ilość)

¹ Roczny limit wydatków na opiekę stomatologiczną to łączny limit wydatków na opiekę w ramach sieci i poza nią. Zgodnie z wytycznymi Ustawy o przystępnej opiece zdrowotnej (ACA), opieka stomatologiczna dla dzieci nie podlega rocznym limitom.

Z góry określ korzyści z leczenia powyżej 300 dolarów

Jeśli przewidywany koszt leczenia wynosi 300 dolarów lub więcej, poproś dentystę o „wstępne ustalenie świadczeń” z Delta Dental przed rozpoczęciem leczenia (oznacza to ocenę, czy sugerowane leczenie jest odpowiednie i ustalenie, ile Plan pokryje koszty opieki). Dzięki wstępnemu ustaleniu dokładnie wiesz, ile pokryje Plan – i ile zapłacisz Ty. W ten sposób możesz ustalić warunki finansowe przed rozpoczęciem leczenia.

Aby ustalić wysokość świadczeń, dentysta musi przesłać formularz wniosku do Delta Dental, w którym opiszę proponowane leczenie i szacunkowe koszty. Delta Dental prześle Państwu zestawienie usług, które będą objęte ubezpieczeniem, oraz kwotę pokrytą w ramach Planu. Plan leczenia można omówić ze stomatologiem i uzgodnić zakres usług. Po zakończeniu leczenia należy odesłać oryginał zestawienia wraz z datami wykonanych usług i wymaganymi podpisami do Delta Dental w celu dokonania płatności.

Aby zapoznać się z pełną listą ograniczeń i wyłączeń dotyczących opieki stomatologicznej, zapoznaj się z opisem planu zbiorczego.

Korzyści dla wzroku

Jak działa plan

Masz możliwość skorzystania z opieki okulistycznej u lekarza uczestniczącego w programie National Vision Administrator (NVA) lub u dowolnego innego specjalisty okulisty. Jednak największe korzyści uzyskasz, korzystając z usług okulisty lub optometrysty uczestniczącego w programie.

- Korzystając z usług uczestniczącego dostawcy, otrzymujesz maksymalne korzyści, ponieważ Plan pokrywa pełny koszt lub dużą część kosztów większości standardowych usług.
- Jeśli korzystasz z usług nieobjętego Planem, Plan zwróci Ci koszty badań, oprawek okularów oraz soczewek kontaktowych lub soczewek kontaktowych. Ponośisz pełną kwotę w momencie korzystania z usług. Następnie musisz złożyć wniosek o zwrot części kosztów przypadającej na Plan.

Co obejmuje plan?

W przypadku korzystania z usług placówki współpracującej z NVA, Plan pokrywa koszt badania wzroku raz na 24 miesiące. W przypadku dzieci poniżej 19. roku życia, program pokrywa koszt badania wzroku raz na 12 miesięcy.

Plan obejmuje również zakup nowej pary soczewek i oprawek 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 USD za badanie wzroku raz na 24 miesiące (lub raz na 12 miesięcy w przypadku dzieci poniżej 19. roku życia).

Plan obejmuje również pokrycie kosztów soczewek do 60 dolarów i oprawek 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 świadczone na podstawie ustawy o odszkodowaniach pracowniczych lub uzyskane przez jakąkolwiek agencję rządową lub program; lub
- Okulary przeciwsłoneczne zwykłe lub korekcyjne.

W ramach Planu Wzroku możesz użyć swojej karty identyfikacyjnej, aby skorzystać z usług okulistycznych lub okularów. Karty nie można jednak łączyć z ofertami specjalnymi, takimi jak kupony czy promocje.

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

Każde świadczenie z tytułu śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku jest równe kwocie ubezpieczenia na życie i jest wypłacane dodatkowo do świadczenia z ubezpieczenia na życie.

Wysokość świadczenia

AD&D zależy od rodzaju szkody nieszczęśliwego wypadku.

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

Mogą obowiązywać pewne

wyjątki i ograniczenia.

Pełną listę wyłączeń i ograniczeń znajdziesz w Opisie planu.

Ubezpieczenie na życie i od nieszczęśliwych wypadków

Ubezpieczenie od rozcłonkowania (AD&D)

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

Ubezpieczenie na życie ma na celu zapewnienie ochrony Twojej rodzinie lub osobom zależnym od Twojego dochodu w razie Twojej śmierci.

Ubezpieczenie na wypadek śmierci i rozcłonkowania w wyniku nieszczęśliwego wypadku (AD&D) wypłaca świadczenie w przypadku nieszczęśliwego wypadku, w tym utraty kończyny lub wzroku, a także świadczenie Twojemu beneficjentowi/beneficjentom w przypadku Twojej śmierci w wyniku wypadku objętego ubezpieczeniem.

Osoby pozostające na ich utrzymaniu nie mają prawa do ubezpieczenia na życie ani ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków (AD&D).

Świadczenie wyłącznie dla pracowników	
Śmierć naturalna	25 000 dolarów
Śmierć, wypadek	25 000 dolarów (oprócz powyższych)
Świadczenia z tytułu rozcłonkowania	Konkretna kwota ustalona na podstawie straty

Nie zapomnij – o swoim beneficjencie

Aby mieć pewność, że świadczenia zostaną wypłacone wybranej osobie, musisz wskazać beneficjenta i aktualizować jego dane wraz ze zmianami w Twoim życiu. Jeśli uzyskałeś prawo do świadczeń po raz pierwszy lub nastąpiły zmiany w Twoim statusie osoby na utrzymaniu, wypełnij formularz Spisu Demograficznego/Informacji o Beneficjencie. Skontaktuj się z Biurem Funduszu, jeśli potrzebujesz nowego formularza.

Zwróć formularz do Biura Funduszu.

Krótkoterminowe świadczenia z tytułu niepełnosprawności

Krótkoterminowe świadczenia z tytułu niezdolności do pracy zapewniają Tobie i Twojej rodzinie dodatkowe cotygodniowe świadczenie w przypadku, gdy staniesz się niezdolny do pracy z powodu choroby lub urazu niezwiązanego z pracą.

Konkretny wymiar czasu świadczenia z tytułu krótkoterminowej niepełnosprawności jest ustalany na podstawie diagnozy i ustalonych wytycznych dotyczących niepełnosprawności. Jednakże, żaden okres krótkoterminowej niepełnosprawności z powodu choroby nie może przekroczyć maksymalnego wymiaru świadczenia wynoszącego 26 tygodni. Aby rozpatrzyć wniosek o świadczenie z tytułu krótkoterminowej niepełnosprawności, należy wypełnić formularz wniosku o świadczenie z tytułu krótkoterminowej niepełnosprawności oraz przedstawić dokumentację medyczną od lekarza posiadającego uprawnienia, potwierdzającą niepełnosprawność i niezdolność 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 uprawnienia.

Wniosek o świadczenie z tytułu krótkoterminowej niezdolności do pracy należy złożyć terminowo. Więcej informacji na temat terminów i harmonogramu znajdziesz w formularzu. Skontaktuj się z Biurem Funduszu, aby otrzymać formularz. Zasiłek chorobowy przysługuje Ci tylko w okresie pobierania świadczeń z tytułu krótkoterminowej niezdolności do pracy.

Twoje roszczenie z tytułu krótkoterminowej niezdolności do pracy rozpoczyna się siódmego dnia roboczego po wizycie lekarskiej z powodu Twojej niezdolności do pracy. Świadczenie z tytułu krótkoterminowej niezdolności do pracy nie będzie wypłacane za okres, w którym nie byłeś w pracy przed wizytą u lekarza.

Aby uzyskać więcej informacji na temat świadczeń z tytułu krótkoterminowej niezdolności do pracy, zapoznaj się z opisem planu zbiorczego lub zadzwoń do biura Funduszu pod numer (215) 568-3262 lub (800) 338-9025 (poza obszarem lokalnym).

„Lekarz posiadający kwalifikacje prawne” obejmuje lekarzy medycyny (MD), lekarzy osteopatii (DO), lekarzy chirurgii stomatologicznej (DDS), lekarzy stomatologii (DMD) lub lekarzy podiatrii (DPM).

Wszelkie roszczenia z tytułu krótkoterminowej niepełnosprawności muszą zostać złożone w Biurze Funduszu w ciągu 60 dni od daty wystąpienia niepełnosprawności. Przed złożeniem wniosku w Biurze Funduszu należy upewnić się, że wszystkie sekcje zostały wypełnione i podpisane przez Ciebie, Twojego pracownika

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

Ważne informacje

SEIU Local 32 BJ, Fundusz Socjalny BOLR Okręgu 36 („Fundusz”) jest zobowiązany do przekazania Państwu następujących ważnych informacji. Prosimy o ich dokładne zapoznanie się z nimi, aby zrozumieć swoje prawa i obowiązki.

Prawa do specjalnej rejestracji HIPAA

Jeśli rezygnujesz z przystąpienia do ubezpieczenia zdrowotnego dla siebie lub osób na Twoim utrzymaniu (w tym małżonka/małżonki) z powodu innego ubezpieczenia zdrowotnego, możesz w przyszłości zapisać siebie lub osoby na Twoim utrzymaniu do tego planu, pod warunkiem złożenia wniosku o przystąpienie w ciągu 31 dni od zakończenia poprzedniego ubezpieczenia i dostarczenia dokumentacji potwierdzającej. Ponadto, jeśli w wyniku małżeństwa, adopcji lub adopcji pojawiło się nowe dziecko na Twoim utrzymaniu, możesz zapisać siebie i osoby na Twoim utrzymaniu do ubezpieczenia zdrowotnego, pod warunkiem złożenia wniosku o przystąpienie w ciągu 31 dni od ślubu, adopcji lub adopcji. Jeśli w wyniku narodzin dziecka pojawiło się nowe dziecko na Twoim utrzymaniu, możesz zapisać siebie i osoby na Twoim utrzymaniu do ubezpieczenia zdrowotnego, pod warunkiem złożenia wniosku o przystąpienie w ciągu 90 dni od narodzin dziecka.

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

- Utrata ubezpieczenia Medicaid lub programu ubezpieczenia zdrowotnego dla dzieci (CHIP), ponieważ nie jesteś już uprawniony, lub
- Uzyskaj prawo do państwowego programu pomocy w opłacaniu składek w ramach Medicaid lub CHIP.

W przypadku tych możliwości zapisów będziesz mieć 60 dni od daty otrzymania Medicaid/ Zmiana kryteriów kwalifikowalności do CHIP w celu ubiegania się o zapisanie do Funduszu. Należy pamiętać, że to 60-dniowe przedłużenie dotyczy wyłącznie możliwości zapisania się z powodu zmian w kryteriach kwalifikowalności do Medicaid/CHIP.

Materiały rejestracyjne muszą zostać wypełnione, a wszystkie dowody statusu osoby na utrzymaniu dostarczone do Planu w ciągu 31, 60 lub 90 dni od złożenia wniosku o Specjalny Zapis. Jeśli nie uda Ci się wypełnić materiałów rejestracyjnych i dostarczyć dowodu statusu osoby na utrzymaniu w wyznaczonym terminie (na przykład, jeśli uzyskanie aktu urodzenia noworodka zajmie więcej czasu), 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 naruszenie obowiązków) 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 objęcia ubezpieczeniem w ramach planu medycznego.

Ty i osoby na Twoim utrzymaniu możecie zazwyczaj zdecydować się na kontynuację ubezpieczenia w dowolnym momencie w ciągu pierwszych 60 dni od daty jego zakończenia lub 60 dni od daty otrzymania powiadomienia, w zależności od tego, która data jest późniejsza. Kontynuacja ubezpieczenia obowiązuje od pierwszego dnia miesiąca następującego po dacie zdarzenia, które spowodowało jego zakończenie, pod warunkiem opłacenia wymaganej składki. Możesz kontynuować ubezpieczenie tylko w okresie, który obowiązywał jeden dzień przed zdarzeniem. Możesz jednak co roku, w okresie otwartej rejestracji, dokonywać zmian w swoich wyborach.

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

Aby uzyskać ubezpieczenie w ramach ustawy COBRA, Ty i/lub osoby na Twoim utrzymaniu, które spełniają określone kryteria, musicie dokonać wyboru w odpowiednim czasie i uiszczać miesięczne składki.

Ustawa o ochronie zdrowia noworodków i matek

Grupowe plany zdrowotne i ubezpieczyciele zdrowotni zasadniczo nie mogą, zgodnie z prawem federalnym, ograniczać świadczeń za pobyt matki lub noworodka w szpitalu w związku z porodem do okresu krótszego niż 48 godzin po porodzie siłami natury lub krótszego niż 96 godzin po cięciu cesarskim. Prawo federalne nie zabrania jednak lekarzowi prowadzącemu matkę lub noworodka, po konsultacji z matką, wypisania matki lub noworodka ze szpitala wcześniej niż po upływie 48 godzin (lub 96 godzin, w zależności od przypadku).

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 zależności od przypadku).

Ustawa o zdrowiu kobiet i prawach w zakresie leczenia raka

Ustawa o zdrowiu kobiet i prawach chorych na raka nakłada na grupowe plany zdrowotne, ich ubezpieczycieli oraz organizacje HMO obowiązek zapewnienia określonych świadczeń pacjentkom po mastektomii, które zdecydują się na rekonstrukcję piersi. W przypadku uczestniczki planu, która otrzymuje świadczenia związane z mastektomią, ubezpieczenie będzie udzielane w sposób ustalony w porozumieniu z lekarzem prowadzącym w zakresie:

- 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 wynikające z ustawy o przenoszalności i odpowiedzialności w ubezpieczeniach zdrowotnych (HIPAA) nakładają na SEIU Local 32 BJ, District 36 BOLR Welfare Plan (dalej „Plan”) obowiązek okresowego wysyłania uczestnikom przypomnień o dostępności Informacji o Prywatności Planu oraz sposobie jej uzyskania. Informacja o Prywatności wyjaśnia prawa uczestników i obowiązki prawne Planu w zakresie chronionych informacji medycznych (PHI) oraz sposób, w jaki Plan może wykorzystywać i ujawniać PHI. Kopię Informacji o Prywatności można również uzyskać, kontaktując się z Biurem Funduszu pod numerem 215-568-3262, wew. 1400 lub 800-338-9025, wew. 1400 (poza obszarem lokalnym).

Medicaid i Program Ubezpieczenia Zdrowotnego dla Dzieci (CHIP)

Pomoc w opłacaniu składek w ramach programów Medicaid i Programu Ubezpieczenia Zdrowotnego dla Dzieci (CHIP)

Jeśli Ty lub Twoje dzieci kwalifikujecie się do programu Medicaid lub CHIP i macie prawo do ubezpieczenia zdrowotnego zapewnianego przez pracodawcę, Twój stan może oferować program wsparcia 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 programu Medicaid lub CHIP, nie będziecie uprawnieni do tych programów wsparcia w opłacaniu składek, ale możecie wykupić indywidualne ubezpieczenie za pośrednictwem Rynku Ubezpieczeń Zdrowotnych (Health Insurance Marketplace). Więcej informacji można znaleźć na stronie www.healthcare.gov.

Jeśli Ty lub osoby 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 osoby na Twoim utrzymaniu NIE jesteście obecnie objęci programem Medicaid lub CHIP i uważasz, że Ty lub ktokolwiek z Twoich bliskich 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 albo [odwiedź stronę www.insurekidsnow.gov](http://www.insurekidsnow.gov), aby dowiedzieć się, jak złożyć wniosek. Jeśli się kwalifikujesz, zapytaj swój stan, czy oferuje program, który może pomóc Ci w opłacaniu składek na plan sponsorowany przez pracodawcę.

Jeśli Ty lub osoby na Twoim utrzymaniu kwalifikujecie się do pomocy w opłacaniu składek w ramach programu Medicaid lub CHIP, a także do programu pracodawcy, Twój pracodawca musi zezwolić Ci na zapisanie się do programu pracodawcy, jeśli jeszcze tego nie zrobiłeś. Jest to tzw. „specjalna możliwość zapisu” i musisz złożyć wniosek o ubezpieczenie w ciągu 60 dni od daty uznania Cię za uprawnionego do pomocy w opłacaniu składek. W przypadku pytań dotyczących zapisania się do programu pracodawcy, skontaktuj się z Departamentem Pracy pod adresem www.askebsa.dol.gov lub zadzwoń pod numer 866-444-EBSA (3272).

Poniższa lista stanów jest aktualna na dzień 31 lipca 2025 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)
NOWY 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 zapisu, 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/agencies/ebsa www.cms.hhs.gov

866-444-EBSA (3272)

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

Notatki

[illegible]

www.seiu36.com



Październik 2025

Union Bug