



[www.seiu36.com](http://www.seiu36.com)



**Është Koha e Regjistrimit!**

**2026**

Udhëzues për Përfitimet e Punësimit të Rinj

**Keni 20 ditë kohë për t'u regjistruar  
në Përfitimet me Kohë të Pjesëshme  
të BOLR BMCA për vitin 2026!**

## Çfarë ka brenda

|                                                                                   |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----|
| Mirë se vini në Fondin e Mirëqenies SEIU Lokal 32BJ Distrikti 36 BOLR .....       | 2  |
| Fakte Bazë .....                                                                  | 4  |
| Përfitimet Dentare .....                                                          | 6  |
| Përfitimet e Shikimit .....                                                       | 7  |
| Sigurimi i Jetës dhe Sigurimi i Vdekjes<br>Aksidentale dhe Gjymtimit (AD&D) ..... | 8  |
| Përfitimet Afatshkurtra të Invaliditetit .....                                    | 9  |
| Njoftime të Rëndësishme .....                                                     | 10 |

Keni nevojë për një formular?

Shikoni pjesën e përparme të

këtij Udhëzuesi - dhe në faqen tonë

të internetit!

Formularët që duhet të plotësoni për regjistrim janë në faqet e para të këtij udhëzuesi dhe në Kontaktet dhe Burimet

faqe (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>) në faqen tonë të internetit.

Formularët në faqe mund të plotësohen në internet.

Thjesht duhet t'i printoni për t'i nënshkruar dhe më pas t'i dërgoni me postë në Zyrën e Fondit.



Çdo formular do t'ju tregojë kushtet në të cilat duhet ta

plotësoni. Plotësoni vetëm formularët që ju përkasin.

Grisni çdo formular të plotësuar në skajin e shpuar dhe dërgojeni me postë në Zyrën e Fondit duke përdorur zarfin e kthimit të përfshirë në këtë udhëzues.

## Mirë se vini në SEIU Local 32BJ Fondi i Mirëqenies BOLR i Distriktit 36

2026

Në këtë udhëzues dhe materialet shoqëruese, do të gjeni informacionin, formularët dhe udhëzimet që ju nevojiten për t'u regjistruar për mbulim përfitimesh në vitin 2026. Ju lutemi shqyrtoni me kujdes materialet bashkëngjitur dhe merrni në konsideratë nevojat e familjes suaj përpara se të regjistroheni në mbulim.

**Ju duhet t'i ktheni formularët e plotësuar (të përfshirë në pjesën e përparme të këtij libri) në Zyrën e Fondit jo më vonë se 20 ditë pasi të keni marrë këtë paketë regjistrimi.**

### Çfarë duhet të bësh tani

Pasi ta keni lexuar këtë udhëzues:

1. Plotësoni të dyja anët e **Formularit tuaj të Regjistrimit Demografik/Përfituesit**. Nëse shtoni persona në varësi në plane, plotësoni formularin e Regjistrimit të Personave në Varësi. Duhet të sigurohet dokumentacioni i duhur për të regjistruar personat në varësi.
2. Rishikoni me kujdes këtë Udhëzues. Konsideroni se cilat opsione përfitimesh janë më të mirat për ju dhe familjen tuaj.
3. Plotësoni, nënshkruani dhe vendosni datën formularëve përkatës në pjesën e përparme të këtij Udhëzuesi. Lexoni kutitë vjollcë për të përcaktuar se cilët formularë duhet të plotësoni.
4. Nëse hiqni dorë nga mbulimi mjekësor:
  - Plotësoni dhe nënshkruani **Formularin e Vërtetimit të Mbulimit Tjetër** dhe verifikoni mbulimin tuaj tjetër me një kopje të kartës suaj të identifikimit mjekësor; dhe
  - Kthejini të gjitha formularët e nevojshëm në zarfin e bashkëngjitur të përgjigjes.
5. Plotësoni formularin e bashkëngjitur të **Përputhjes së të Dhënave të Sigurimeve Shoqërore** dhe jepni një kopje të formularit tuaj Karta e Sigurimeve Shoqërore. Nëse shtoni persona në varësi në plan, duhet të paraqisni edhe kopje të kartave të tyre të Sigurimeve Shoqërore.

**Shënim:** Nëse formularët tuaj janë të paplotë, ato do t'ju kthehen. Nëse ndonjë nga formularët tuaj kthehet, duhet të plotësoni informacionin që mungon dhe t'i ktheni formularët në Zyrën e Fondit brenda 72 orëve.

## E RËNDËSISHME: Kujtesë për Ndryshimin e Statusit

Vendimet tuaja të përfitimeve do të mbeten në fuqi për pjesën e mbetur të këtij viti. Ju mund të ndryshoni zgjedhjet tuaja Mjekësore, Dentare ose të Objekteve gjatë vitit vetëm nëse keni një ndryshim në status. Ndryshimet e kualifikuara në status janë:

- Një ndryshim në statusin tuaj martesor (si martesa, divorci ose anulimi i martesës);
- Një ndryshim në numrin e personave në varësi tuaj (si lindja, birësimi ligjor i fëmijës suaj, vendosja e një fëmije tek ju për birësim ose vdekja e një personi në varësi);
- Disa ndryshime në statusin e punësimit që ndikojnë në të drejtën për përfitime për ju, bashkëshorti/bashkëshortja ose fëmijët, si p.sh.: ndërprerja e punësimit, një grevë ose mbyllje pune, fillimi ose kthimi nga një leje e papaguar, një ndryshim në vendin e punës ose një ndryshim në orarin e punës (për shembull, midis punës me kohë të plotë dhe asaj me kohë të pjesshme ose një ulje ose rritje e orëve);
- Fëmija juaj nuk është më i kualifikuar për mbulim;
- E drejta për Medicare ose Medicaid (vlen vetëm për personin që ka të drejtë për Medicare) ose Medicaid);
- Ndryshim për t'u pajtuar me një urdhër shtetëror për marrëdhëniet familjare që lidhet me mbulimin e të drejtave tuaja fëmijë i varur;
- E drejta juaj, e bashkëshortit/es tuaj ose e fëmijës suaj për mbulimin COBRA;
- Një rritje e ndjeshme e kostos së mbulimit ose një ulje e ndjeshme e mbulimit të përfitimeve sipas planit tuaj të kujdesit shëndetësor ose të bashkëshortit/es tuaj;
- Shtimi, eliminimi ose shkurtimi i konsiderueshëm i një opsioni mbulimi;
- Një ndryshim në mbulimin e bashkëshortit/bashkëshortes ose fëmijës suaj gjatë periudhës vjetore të regjistrimit të një punëdhënësi tjetër, kur plani tjetër ka një periudhë të ndryshme mbulimi; ose
- Një ndryshim në ofruesit e kujdesit në varësi ose kostot nëse ofruesit nuk janë të afërm të punonjësit (vlen vetëm për Llogarinë e Rimbursimit të Kujdesit për Personat në Varësi).

Ju duhet të njoftoni Zyrën e Fondit me shkrim për kërkesën tuaj për një ndryshim në mbulim brenda 31 ditëve nga ndryshimi i statusit (afati i fundit është 90 ditë për shtimin e një fëmije të porsalindur; ose 60 ditë nëse humbni mbulimin Medicaid ose Programin e Sigurimit Shëndetësor të Fëmijëve (CHIP) sepse nuk jeni më të kualifikuar, ose bëheni të kualifikuar për programin e ndihmës për primet e një shteti sipas Medicaid ose CHIP), dhe duhet të paraqisni prova të ngjarjes.

### MOS MOS HARRONI:

**Zgjidhni me kujdes! Keni 20 ditë kohë për t'u regjistruar. Nuk do të jeni në gjendje të ndryshoni zgjedhjet tuaja deri në periudhën tjetër të Regjistrimit të Hapur në vitin 2026, për mbulim që hyn në fuqi më 1 janar 2027, përveç nëse keni një ndryshim**

**Pyetje? Telefononi Zyrën e Fondit në numrin 215-568-3262 zgjatim 1400 ose në 800-338-9025 zgjatim 1400.**

Ky dokument dhe materialet në paketën tuaj të regjistrimit ofrojnë një përshkrim përmbljedhës të përfitimeve tuaja nga Fondi i Mirëqenies BOLR i SEIU Local 32BJ, District 36 dhe ndryshimet që do të hyjnë në fuqi më 1 janar 2026. Këto materiale plotësojnë përshkrimet e tjera të përfitimeve tuaja të Planit. Ndryshimet e përshkruara në këto dokumente dhe materialet bashkëngjitur janë në fuqi që nga 1 janari 2026. Fondi shpreson të vazhdojë Planin dhe përfitimet e përmendura në këto dokumente dhe të përshkruara në broshurën tuaj të përfitimeve për një kohë të pacaktuar, por rezervon të drejtën për të ndryshuar, pezulluar ose përfunduar Planin, tërësisht ose pjesërisht, në çdo kohë dhe për çdo arsye. As marrja e kësaj pakete regjistrimi dhe as regjistrimi në ndonjë nga përfitimet e ofruara sipas Planit nuk përbëjnë një kontratë punësimi. Ju lutemi lexoni me kujdes këto dokumente dhe ruajeni këtë informacion të rëndësishëm së bashku me materialet tuaja të tjera të përfitimeve për referencë në të ardhmen.

## Fakte Bazë

### Kush është i kualifikuar?

Ju kualifikoheni për Planin me Kohë të Pjesëshme BOLR BMCA nëse punoni në një punësim të mbuluar dhe punëdhënësi juaj është i detyruar, nëpërmjet një marrëveshjeje kolektive, të bëjë kontribute në emrin tuaj në Fond.

Nëse jeni të kualifikuar për të marrë pjesë në Planin me Kohë të Pjesëshme BOLR BMCA, mund të regjistroni edhe personat në varësi të të cilëve u takon përfitime dentare dhe të shikimit. Personat në varësi të të cilëve u takon përfshijnë:

- Bashkëshorti/ja juaj ligjor/e (përfshirë bashkëshortin/en e të njëjtit seks)
- Fëmijë nga lindja deri në moshën 26 vjeç
- Fëmijë të adoptuar deri në moshën 26 vjeç
- Fëmijë të adoptuar (nga data e vendosjes në shtëpinë tuaj) deri në moshën 26 vjeç
- Fëmijë të vendosur për birësim
- Fëmijë mbi moshën 26 vjeç të paaftë për të vazhduar punën për shkak të dëmtimit mendor ose aftësisë së kufizuar fizike

Çdo fëmijë për të cilin ju merrni përsipër mbështetjen pa nevojë nuk do të konsiderohet person në varësi.

### Regjistrimi i personave në varësi

Ju duhet të plotësoni dhe të dorëzoni informacionin e mëposhtëm për të regjistruar personat në varësi tuaj në Plan:

- **Formulari i Regjistrimit për Personin e Varur** (mos harroni të plotësoni të dyja anët)

- **Statusi i Varësisë nga Dokumenti** —shembuj të dokumentacionit përfshijnë:

- Certifikatë lindjeje e vlefshme shtetërore që emëron të dy prindërit për fëmijët biologjikë ose fëmijët e adoptuar që kanë adoptuar një fëmijë të dytë nën moshën 26 vjeç
- Dëshmi birësimi për një fëmijë të birësuar ligjërisht nën moshën 26 vjeç
- Nëse kërkohet të shtoni fëmijët tuaj nën moshën 26 vjeç si rezultat i një Urdhri të Kualifikuar për Mbështetje Mjekësore për Fëmijë, ju lutemi të paraqisni një kopje të Urdhrit
- Dëshmi e numrit të Sigurimeve Shoqërore
- Nëse keni një fëmijë i cili duhet të mbetet në mbulimin tuaj përtej moshës 26 vjeç për shkak të dëmtimit fizik ose mendor, si rezultat i të cilit ai nuk është në gjendje të mbështesë veten, Zyra e Fondit kërkon dokumentacion të aftësisë së tij të kufizuar në mënyrë periodike. Ky informacion duhet t'i jepet Zyrës së Fondit jo më vonë se 31 ditë nga data e ditëlindjes së 26-të të fëmijës.

**MOS HARRONI:** Keni 20 ditë kohë për të regjistruar veten dhe personat në varësi të jush. Nëse nuk i marrim formularët tuaj të regjistrimit brenda kohës së caktuar, do t'ju duhet të prisni deri në regjistrimin tonë të ardhshëm të hapur, përveç nëse ka ndonjë ndryshim statusi kualifikues.

### Urdhër i Kualifikuar për Mbështetje Mjekësore për Fëmijë (QMCSO)

Nëse ju kërkohet të ofroni mbështetje për fëmijë dhe mbulim shëndetësor sipas një Urdhri të Kualifikuar për Mbështetje Mjekësore për Fëmijë (UMKS), kontaktoni Zyrën e Fondit për një shpjegim të informacionit të kërkuar. Një UMKS është çdo vendim, dekret ose urdhër i lëshuar nga gjykata që ju kërkon të ofroni mbulim shëndetësor për një fëmijë. Për informacione shtesë në lidhje me procedurat për administrimin e UMKS-ve, kontaktoni Zyrën e Fondit.

### Kush paguan për përfitimet

Plani juaj i përfitimeve dhe kontributet e kërkuara përcaktohen nga një marrëveshje kolektive. Punëdhënësi juaj paguan kontribute mujore në emrin tuaj në Fond, i cili paguan për të gjitha ose një pjesë të përfitimeve tuaja shëndetësore dhe të mirëqenies. Ju paguani një pjesë të kostos së shërbimeve të kujdesit shëndetësor që merrni përmes zbritjeve, bashkëpagesave dhe/ose bashkësigurimit.

### Ndryshimi i Përfitimeve Tuaja

Zgjedhjet tuaja të përfitimeve janë në fuqi nga data e regjistrimit deri më 31 dhjetor 2026. Ju nuk do të jeni në gjendje të ndryshoni zgjedhjet tuaja të Stomatologjisë ose të Objekteve të vitit 2026 gjatë vitit, përveç nëse përjetoni një nga ndryshimet e kualifikuara në status të përshkruara në faqet 2 dhe 3.

## Përfitimet dentare

Kujdesi i rregullt dhe profesional dentar nuk është vetëm thelbësor për shëndet të mirë, por gjithashtu mund të parandalojë probleme serioze ose të kushtueshme. Kjo është arsyeja pse Plani ynë Dentar, i ofruar përmes Delta Dental, mbulon një gamë të plotë shërbimesh dentare, duke përfshirë kujdesin diagnostikues dhe parandalues.

### Grafiku i Përfitimeve Dentare

| Zbritje                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Në rrjet                                         | Jashtë rrjetit                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------|
| <b>Përfitimi Maksimal Vjetor<sup>1</sup></b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 3,000 dollarë për person, në vit                 | 3,000 dollarë për person, në vit |
| <b>Parandaluese dhe Kujdesi diagnostikues</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ekzaminim me gojë, pastrim, radiografi për kafshime (dy herë në vit); radiografi të plotë të gojës çdo 36 muaj</li><li>• Trajtime me fluor deri në moshën 19 vjeç (zbatohen kufizime)</li><li>• Materiale izoluese ose mirëmbajtëse hapësirash (zbatohen kufizime moshe)</li></ul> | 100%                                             | 100%<br>(sasia e lejuar)         |
| <b>Restauruese Bazë</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Mbushje</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 100%                                             | 100%<br>(sasia e lejuar)         |
| <b>Restauruese e Madhe</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Riparime të kurorave ekzistuese</li><li>• Inlay, onlay, kurora, restaurime me gips</li><li>• Ura dhe proteza dentare</li></ul>                                                                                                                                                                        | 100%                                             | 100%<br>(sasia e lejuar)         |
| <b>Ortodoncia</b><br>(Vetëm për fëmijë, me një maksimum prej 4,500 dollarësh për jetë, përveç ortodoncisë së përshtatshme nga ana mjekësore)                                                                                                                                                                                                                             | 100%<br>Maksimumi 1,000 dollarë për gjithë jetën | 100%<br>(sasia e lejuar)         |

<sup>1</sup> Maksimumi vjetor për kujdesin dentar është një maksimum i kombinuar për kujdesin brenda dhe jashtë rrjetit. Sipas udhëzimeve të Aktit të Kujdesit të Përballeshëm (ACA), kujdesi dentar pediatrik nuk i nënshtrohet maksimumeve vjetore.

### Paracaktoni Përfitimet për Trajtimin Mbi 300 dollarë

Nëse trajtimi juaj pritet të kushtojë 300 dollarë ose më shumë, kërkojini dentistit tuaj të "paracaktojë përfitimet" me Delta Dental para se të fillojë trajtimi (kjo do të thotë të vlerësoni nëse trajtimi i sugjeruar është i përshtatshëm dhe të përcaktoni se sa do të paguajë Plani për kujdesin). Me paracaktim, ju e dini saktësisht se sa do të paguajë Plani - dhe sa do të paguani ju. Në këtë mënyrë, mund të bëni rregullime financiare para se të fillojë trajtimi.

Për të paracaktuar përfitimet, dentisti juaj duhet të dërgojë një formular kërkesë te Delta Dental që përshkruan trajtimin e propozuar dhe tarifat e vlerësuara. Delta Dental do t'ju dërgojë një deklaratë që tregon shërbimet që do të mbulohen dhe sa do të paguajë Plani. Ju mund ta rishikoni planin e trajtimit me dentistin tuaj dhe të bini dakord për shërbimet që do të kryhen. Pasi të përfundojë trajtimi, kthejeni deklaratën origjinale, me datat e shërbimeve dhe nënshkrimet e nevojshme, te Delta Dental për pagesë.

Ju lutemi rishikoni Përshkrimin e Përmbledhur të Planit tuaj për një listë të plotë të kufizimeve dhe përjashtimeve dentare.

## Përfitimet e shikimit

### Si funksionon Plani

Ju keni mundësinë të merrni kujdes për sytë nga një ofrues pjesëmarrës i Administratorit Kombëtar të Shikimit (NVA) ose nga çdo specialist tjetër i kujdesit për sytë. Megjithatë, ju merrni përfitimet maksimale kur përdorni një mjek okulist ose optometrist pjesëmarrës.

- **Kur përdorni një ofrues pjesëmarrës**, merrni përfitimet maksimale sepse Plani paguan koston e plotë ose një pjesë të madhe të koston për shumicën e shërbimeve rutinë.
- **Kur përdorni një ofrues jo-pjesëmarrës**, Plani do t'ju rimbursojë për ekzaminimet, kornizat e syzeve dhe lentet ose lentet e kontaktit. Ju paguani koston e plotë kur merrni shërbime. Pastaj, duhet të paraqisni një kërkesë për t'u rimbursuar për pjesën e koston së Planit.

#### Çfarë paguan plani

**Kur merrni shërbime nga një ofrues pjesëmarrës në NVA**, Plani paguan koston e një ekzaminimi të syve një herë në 24 muaj.

Plani gjithashtu paguan për një palë lente dhe korniza të reja ose lente kontakti, deri në 120 dollarë çdo 24 muaj (ose çdo 12 muaj për fëmijët nën 19 vjeç).

**Kur merrni shërbime nga një ofrues shërbimesh të syve jo-pjesëmarrës**, Plani do të paguajë deri në 30 dollarë për një ekzaminim të syve një herë në 24 muaj (ose çdo 12 muaj për fëmijët nën 19 vjeç).

Plani gjithashtu paguan deri në 60 dollarë për lente dhe deri në 60 dollarë për korniza, ose deri në 120 dollarë për lentet e kontaktit, një herë në 24 muaj për fëmijët dhe të rriturit.

#### Shpenzime të Pambuluara (Ju lutemi vini re se kjo është vetëm një listë e pjesshme.)

Plani i Vizionit nuk mbulon:

- Fotografimi i fundusit;
- Trajtim mjekësor ose kirurgjikal i syve;
- Shërbime ose materiale të ofruara si rezultat i Ligjit për Kompensimin e Punëtorëve ose të marra nga ndonjë agjenci ose program qeveritar; ose,
- Syze dielli të thjeshta ose me recetë.

**Sipas Planit të Vizionit, mund ta përdorni kartën tuaj të identitetit për të marrë shërbime të kujdesit për sytë ose syze. Megjithatë, nuk mund ta përdorni kartën tuaj të kombinuar me oferta speciale, siç janë kuponët ose promovimet spe**

**Ky përfitim i sigurimit të jetës në përgjithësi paguhet vetëm nëse vdisni ndërsa jeni në punësim aktiv të mbuluar.**

**Çdo përfitim AD&D i pagueshëm si rezultat i vdekjes suaj aksidentale është i barabartë me shumën e sigurimit tuaj të jetës dhe paguhet përveç përfitimit tuaj të sigurimit të jetës.**

**Shuma e përfitimit AD&D varet nga lloji i humbjes aksidentale.**  
**Shihni Përshkrimin Përmbledhës të Planit tuaj ose telefononi Zyrën e Fondit për detaje.**

**Mund të aplikohen përjashtime dhe kufizime të caktuara.**  
**Shihni Përshkrimin Përmbledhës të Planit tuaj për një listë të plotë të përjashtimeve dhe kufizimeve.**

## Sigurimi i Jetës dhe Vdekja Aksidentale & Sigurim për shpërbërje (AD&D)

Sot, sigurimi i jetës është më shumë sesa një “përfitim për qetësi mendore” - është një nga domosdoshmëritë e jetës.

Sigurimi i jetës është hartuar për të ofruar mbrojtje për familjen tuaj, ose për këdo që mbështetet në të ardhurat tuaja, në rast vdekjeje. Sigurimi për Vdekje Aksidentale dhe Gjymtim (AD&D) ju paguan një përfitim nëse pësoni humbje aksidentale të një gjymtyre ose të shikimit, dhe u paguan një përfitim përfituesve tuaj nëse vdisni si rezultat i një aksidenti të mbuluar.

Personat në varësi nuk kanë të drejtë për mbulim të sigurimit të jetës dhe AD&D.

| Përfitim Vetëm për Punonjësit |                                         |
|-------------------------------|-----------------------------------------|
| Vdekje, Natyrale              | 25,000 dollarë                          |
| Vdekje, Aksident              | 25,000 dollarë (përveç sa më sipër)     |
| Përfitimet e copëtimit        | Shuma specifike e përcaktuar nga humbja |

### Mos harroni - Përfituesi juaj

Për t'u siguruar që çdo përfitim i paguhet personit që dëshironi, duhet të emërtoni përfituesin tuaj dhe t'i mbani të përditësuara përcaktimet e përfituesve ndërsa jeta juaj ndryshon. Nëse jeni të kualifikuar për herë të parë ose keni ndryshime në statusin tuaj të varur, plotësoni një formular të Regjistrimit Demografik/Informacionit të Përfituesit. Kontaktoni Zyrën e Fondit nëse keni nevojë për një formular të ri. Kthejeni formularin në Zyrën e Fondit.

## Përfitimet Afatshkurtra të Invaliditetit

Nëse jeni punonjës me kohë të plotë dhe punëdhënësi juaj jep një kontribut shtesë në Fond për përfitimet afatshkurtra të paaftësisë, ju keni të drejtë për përfitime afatshkurtra të paaftësisë.

Përfitimet afatshkurtra të paaftësisë ju sigurojnë juve dhe familjes suaj një pagesë shtesë javore nëse bëheni të paaftë dhe nuk mund të punoni për shkak të një sëmundjeje ose dëmtimi që nuk lidhet me punën.

Ndihma specifike kohore për një paaftësi afatshkurtër përcaktohet nga diagnoza dhe udhëzimet e përcaktuara për paaftësinë. Megjithatë, asnjë paaftësi afatshkurtër nuk mund të kalojë përfitimin maksimal prej 26 javësh. Që përfitimet e paaftësisë afatshkurta të merren në konsideratë, duhet të plotësoni një formular kërkesë për paaftësi afatshkurtër dhe duhet të paraqisni dokumentacion nga një mjek i kualifikuar ligjërësht që vërteton se jeni me aftësi të kufizuara dhe i paaftë të kryeni detyrat tuaja normale të punës. Ju lutemi vini re: Ofruesit e MHC gjithashtu mund të vërtetojnë paaftësinë.

Nëse kualifikoheni, do të merrni një përfitim javor të barabartë me një përqindje të pagës suaj të rregullt, deri në një maksimum javor, për sa kohë që jeni me aftësi të kufizuara dhe mbeteni nën kujdesin e rregullt të drejtpërdrejtë të një mjeku të kualifikuar ligjërësht ose kujdesi juaj menaxhohet nga një ofrues i Shëndetit Mendor/Përdorimit të Substancave i MHC.

Kërkesa juaj për paaftësi afatshkurtër fillon në ditën e katërt të punës pasi të keni vizituar mjekun tuaj si rezultat i paaftësisë suaj. Përfitimet e paaftësisë afatshkurta nuk do të paguhen për asnjë periudhë në të cilën keni munguar në punë para se të vizitonit mjekun tuaj.

Formularët e paaftësisë afatshkurta duhet të dorëzohen në kohë. Nëse jeni pa punë për shkak të një paaftësie të vazhdueshme që tejkalon një muaj, duhet të dorëzoni formularët e vazhdimet ("formularët blu") rregullisht - zakonisht një herë në muaj. Shihni formularin për më shumë informacion në lidhje me kohën dhe afatet. Kontaktoni Zyrën e Fondit për të marrë një formular. Do të merrni kredi të përshtatshme vetëm gjatë kohës që merrni përfitime afatshkurta të paaftësisë.

Për më shumë informacion në lidhje me përfitimet afatshkurta të paaftësisë, shihni Përshkrimin e Përmbledhur të Planit tuaj ose telefononi Zyrën e Fondit në 215-568-3262 ose 800-338-9025 jashtë zonës lokale të telefonimit.

---

\* Nëse punëdhënësi juaj kërkohet të japë një kontribut shtesë për përfitimet afatshkurta të paaftësisë.

Ju lutemi vini re: Disa punëdhënës mund të jenë ende nën pagesën e përfitimit me normë fikse, bazuar në kërkesat e kontratës së tyre. Nëse keni të drejtë për përfitimin javor me normë fikse për punonjësit me kohë të pjesëshme që punojnë më pak se 30 orë në javë, tarifa do të jetë 130 dollarë në javë.

**"Mjek i kualifikuar ligjërësht" përfshin Mjekët (MD), Mjekët e Osteopatisë (DO), Mjekët e Kirurgjisë Dentare (DDS), Mjekët e Mjekësisë Dentare (DMD) ose Mjekët e Mjekësisë Podiatrike (DPM).**

**Çdo kërkesë për paaftësi afatshkurtër duhet të paraqitet në Zyrën e**

**Fondit brenda 60 ditëve nga data fillestare e paaftësisë suaj. Sigurohuni që të gjitha seksionet të jenë plotësuar dhe nënshkruar nga ju, punëdhënësi juaj dhe mjeku juaj kujdestar përpara se ta dorëzoni në Zyrën e**

## Njoftime të Rëndësishme

Fondi i Mirëqenies BOLR i SEIU Local 32 BJ, Distrikti 36 ("Fondi") është i detyruar t'ju ofrojë njoftimet e mëposhtme të rëndësishme. Ju lutemi t'i shqyrtoni ato me kujdes në mënyrë që të kuptoni të drejtat dhe përgjegjësitë tuaja.

### Të Drejtat e Regjistrimit Special të HIPAA-s

Nëse po refuzoni regjistrimin në planin e sigurimit shëndetësor për veten ose personat në varësi të juaj (përfshirë bashkëshortin/en tuaj) për shkak të mbulimit tjetër të sigurimit shëndetësor, në të ardhmen mund të jeni në gjendje të regjistroni veten ose personat në varësi të juaj në këtë plan, me kusht që të kërkonti regjistrim brenda 31 ditëve pas përfundimit të mbulimit tuaj tjetër dhe të paraqisni dokumentacion mbështetës. Përveç kësaj, nëse keni një person të ri në varësi si rezultat i martesës, birësimit ose vendosjes për birësim, mund të jeni në gjendje të regjistroni veten dhe personat në varësi të juaj në planin e sigurimit shëndetësor, me kusht që të kërkonti regjistrim brenda 31 ditëve pas martesës, birësimit ose vendosjes për birësim. Nëse keni një person të ri në varësi si rezultat i lindjes, mund të jeni në gjendje të regjistroni veten dhe personat në varësi të juaj në planin e sigurimit shëndetësor, me kusht që të kërkonti regjistrim brenda 90 ditëve pas lindjes (ose 60 ditë nëse humbni mbulimin e Medicaid ose Programit të Sigurimit Shëndetësor të Fëmijëve (CHIP) sepse nuk jeni më të kualifikuar, ose bëheni të kualifikuar për një program ndihme për primet e shtetit sipas Medicaid ose CHIP).

Fondi do të lejojë gjithashtu një mundësi të veçantë regjistrimi nëse ju ose personat në varësi të tyre të kualifikuar:

- Humbni mbulimin e Medicaid ose Programit të Sigurimit Shëndetësor të Fëmijëve (CHIP) sepse nuk jeni më të kualifikuar, ose
- Të bëheni të kualifikuar për programin e ndihmës për premium të një shteti sipas Medicaid ose CHIP.

Për këto mundësi regjistrimi, do të keni 60 ditë nga data e Medicaid/ Ndryshimi i kualifikimit për CHIP për të kërkuar regjistrim në mbulimin e Fondit. Vini re se kjo zgjatje 60-ditore vlen **vetëm** për mundësitë e regjistrimit për shkak të ndryshimeve të kualifikimit për Medicaid/ CHIP.

Materialet e regjistrimit duhet të plotësohen dhe të gjitha provat e statusit të personit në varësi t'i ofrohen Planit brenda 31, 60 ose 90 ditëve nga kërkesa për Regjistrim Special. Nëse nuk jeni në gjendje të plotësoni materialet e regjistrimit dhe të paraqisni prova të statusit të personit në varësi brenda afatit kohor (për shembull, nëse nevojitet kohë shtesë për të marrë një certifikatë lindjeje për një të porsalindur), afati mund të zgjatet.

### KOBRA

Sipas Aktit të Pajtitimit të Buxhetit të Konsoliduar Omnibus të vitit 1986 (COBRA), ju dhe personat në varësi të tyre të kualifikuar mund të vazhdoni mbulimin mjekësor deri në 18 muaj nëse mbulimi përfundon për shkak të:

- Ju e ndërprisni punësimin për çfarëdo arsye (përveç sjelljes së rëndë të pahijshme), ose
- Keni një reduktim të orëve të punës.

COBRA gjithashtu u lejon personave në varësi tuaj të kualifikuar të vazhdojnë mbulimin e tyre mjekësor deri në 36 muaj nëse mbulimi do të përfundonte përndryshe për shkak të:

- Ti vdes,
- Ju dhe bashkëshorti/ja juaj divorcoheni ose ndaheni ligjërisht,
- Ju bëheni të kualifikuar për Medicare, ose
- Personat në varësi tuaj nuk janë më të kualifikuar për mbulim sipas planit mjekësor.

Ju dhe personat në varësi të jush në përgjithësi mund të zgjidhni të vazhdoni mbulimin në çdo kohë brenda 60 ditëve të para pas përfundimit të mbulimit ose 60 ditëve nga data e marrjes së njoftimit, cilado që të jetë më vonë. Mbulimi i vazhdueshëm hyn në fuqi në ditën e parë të muajit pas datës së ngjarjes që shkaktoi përfundimin e mbulimit, për sa kohë që ju paguani primin e nevojshëm. Ju mund të vazhdoni mbulimin që ishte në fuqi vetëm një ditë para ngjarjes. Megjithatë, ju mund të bëni ndryshime në zgjedhjet tuaja çdo vit gjatë periudhës vjetore të regjistrimit të hapur.

Nëse plani mjekësor ndryshon, këto ndryshime do të zbatohen edhe për mbulimin sipas COBRA-s.

Për të marrë mbulim sipas COBRA, ju dhe/ose personat në varësi të tyre të kualifikuar duhet të bëni një zgjedhje në kohë dhe të bëni pagesat mujore të primeve.

### **Akti për Mbrojtjen e Shëndetit të të Porsalindurve dhe Nënave**

Planet shëndetësore në grup dhe lëshuesit e sigurimeve shëndetësore në përgjithësi nuk mund të kufizojnë përfitimet për çdo kohëzgjatje qëndrimi në spital në lidhje me lindjen e fëmijës për nënën ose fëmijën e porsalindur në më pak se 48 orë pas një lindjeje vaginale, ose më pak se 96 orë pas një prerjeje cezariene. Megjithatë, ligji federal në përgjithësi nuk e ndalon ofruesin e kujdesit shëndetësor të nënës ose të të porsalindurit, pas konsultimit me nënën, që ta nxjerrë nënën ose të porsalindurin e saj nga spitali më herët se 48 orë (ose 96 orë sipas rastit).

Sidoqoftë, planet dhe lëshuesit nuk mund të kërkojnë, sipas ligjit federal, që një ofrues të marrë autorizim nga plani ose lëshuesi për të përcaktuar një kohëzgjatje qëndrimi jo më shumë se 48 orë (ose 96 orë sipas rastit).

### **Akti i Shëndetit të Grave dhe të Drejtave kundër Kancerit**

Akti i Shëndetit të Grave dhe të Drejtave nga Kanceri kërkon që planet shëndetësore në grup dhe kompanitë e tyre të sigurimeve dhe HMO-të të ofrojnë përfitime të caktuara për pacientët me mastektomi që zgjedhin rindërtimin e gjirit. Në rastin e një pjesëmarrësi në plan që merr përfitime në lidhje me një mastektomi, mbulimi do të ofrohet në një mënyrë të përcaktuar në konsultim me mjekun që merr pjesë për:

- Të gjitha fazat e rindërtimit të gjirit mbi të cilin është kryer mastektomia;
- Kirurgji dhe rindërtim i gjirit tjetër për të krijuar një pamje simetrike; dhe
- Proteza dhe trajtimi i ndërlikimeve fizike të mastektomisë, duke përfshirë limfedemë

Përfitimet e rindërtimit të gjirit i nënshtrohen zbritjeve dhe kufizimeve të bashkësigurimit që janë në përputhje me ato të përcaktuara për përfitimet e tjera sipas planit.

### **Kujtesë për Njoftimin e Privatësisë të HIPAA-s**

Rregullat e privatësisë sipas Aktit të Portabilitetit dhe Përgjegjësisë së Sigurimit Shëndetësor (HIPAA) kërkojnë që Planit i Mirëqenies BOLR i Distriktit 36 të SEIU Lokal 32 BJ ("Planit") t'u dërgojë periodikisht një kujtesë pjesëmarrësve në lidhje me disponueshmërinë e Njoftimit të Privatësisë të Planit dhe mënyrën e marrjes së këtij njoftimi. Njoftimi i Privatësisë shpjegon të drejtat e pjesëmarrësve dhe detyrimet ligjore të Planit në lidhje me informacionin e mbrojtur shëndetësor (PHI) dhe se si Planit mund ta përdorë dhe zbulojë PHI-në. Ju gjithashtu mund të merrni një kopje të Njoftimit të Privatësisë duke kontaktuar Zyrën e Fondit në 215-568-3262, Zgjatimi 1400 ose 800-338-9025, Zgjatimi 1400 (jashtë zonës lokale të thirrjeve).

## Medicaid dhe Programi i Sigurimit Shëndetësor të Fëmijëve (CHIP)

### Ndihma për Premium sipas Medicaid dhe Programit të Sigurimit Shëndetësor të Fëmijëve (CHIP)

Nëse ju ose fëmijët tuaj keni të drejtë për Medicaid ose CHIP dhe keni të drejtë për mbulim shëndetësor nga punëdhënësi juaj, shteti juaj mund të ketë një program ndihme për primet që mund të ndihmojë në pagesën e mbulimit, duke përdorur fonde nga programet e tyre Medicaid ose CHIP. Nëse ju ose fëmijët tuaj nuk keni të drejtë për Medicaid ose CHIP, nuk do të keni të drejtë për këto programe ndihme për primet, por mund të jeni në gjendje të blini mbulim individual sigurimi përmes Tregut të Sigurimeve Shëndetësore. Për më shumë informacion, vizitoni [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov).

Nëse ju ose personat në varësi tuaj jeni tashmë të regjistruar në Medicaid ose CHIP dhe jetoni në një nga shtetet e listuara më poshtë, kontaktoni zyrën e Medicaid ose CHIP të shtetit tuaj për të mësuar nëse ndihma për primet është e disponueshme.

Nëse ju ose personat në varësi të juaj NUK jeni aktualisht të regjistruar në Medicaid ose CHIP, dhe mendoni se ju ose ndonjë nga personat në varësi të juaj mund të jetë i/e kualifikuar për një nga këto programe, kontaktoni zyrën e Medicaid ose CHIP të shtetit tuaj ose telefononi **877-KIDS NOW** ose [www.insurekidsnow.gov](http://www.insurekidsnow.gov) për të mësuar se si të aplikoni. Nëse kualifikoheni, pyeteni shtetin tuaj nëse ka një program që mund t'ju ndihmojë të paguani primet për një plan të sponsorizuar nga punëdhënësi.

Nëse ju ose personat në varësi tuaj jeni të kualifikuar për ndihmë me primet sipas Medicaid ose CHIP, si dhe të kualifikuar sipas planit tuaj të punëdhënësit, punëdhënësi juaj duhet t'ju lejojë të regjistroheni në planin tuaj të punëdhënësit nëse nuk jeni regjistruar tashmë. Kjo quhet një mundësi "regjistrimi special" dhe **duhet të kërkonti mbulim brenda 60 ditëve nga përcaktimi i të drejtës për ndihmë me primet**. Nëse keni pyetje në lidhje me regjistrimin në planin tuaj të punëdhënësit, kontaktoni Departamentin e Punës në [www.askebsa.dol.gov](http://www.askebsa.dol.gov) ose telefononi në **866-444-EBSA (3272)**.

Lista e mëposhtme e shteteve është aktuale që nga 31 janari 2026. Kontaktoni shtetin tuaj për më shumë informacion mbi të drejtën për pjesëmarrje.

| PENSILLVANIA                    | Medicaid dhe CHIP                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Uebfaqja e Medicaid             | <a href="https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html">https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html</a> |
| Telefoni i Medicaid             | 800-692-7462                                                                                                                                                                                                                    |
| Uebfaqja e CHIP                 | <a href="https://www.dhs.pa.gov/CHIP/Pages/CHIP.aspx">https://www.dhs.pa.gov/CHIP/Pages/CHIP.aspx</a>                                                                                                                           |
| Telefon me ÇIP                  | 800-986-KIDS (5437)                                                                                                                                                                                                             |
| NEW JERSEY                      | Medicaid dhe CHIP                                                                                                                                                                                                               |
| Uebfaqja e Medicaid             | <a href="http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/">http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/</a>                                                                                         |
| Telefoni i Medicaid             | 800-356-1561                                                                                                                                                                                                                    |
| Telefoni i Ndihmës Premium CHIP | 609-631-2392                                                                                                                                                                                                                    |
| Uebfaqja e CHIP                 | <a href="http://www.njfamilycare.org/index.html">http://www.njfamilycare.org/index.html</a>                                                                                                                                     |
| Telefon me ÇIP                  | 800-701-0710 (TTY: 711)                                                                                                                                                                                                         |
| NJU YORK                        | Medicaid                                                                                                                                                                                                                        |
| Uebfaqja e Medicaid             | <a href="https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/">https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/</a>                                                                                                                   |
| Telefoni i Medicaid             | 800-541-2831                                                                                                                                                                                                                    |
| DELAWARE                        | Medicaid dhe CHIP                                                                                                                                                                                                               |
| Uebfaqja e Medicaid             | <a href="http://dhss.delaware.gov/dhss/dmma/medicaid.html">http://dhss.delaware.gov/dhss/dmma/medicaid.html</a>                                                                                                                 |
| Telefoni i Medicaid             | 302-571-4900 ose 866-843-7212                                                                                                                                                                                                   |
| Uebfaqja e CHIP                 | <a href="http://dhss.delaware.gov/dhss/dmma/dhcp.html">http://dhss.delaware.gov/dhss/dmma/dhcp.html</a>                                                                                                                         |
| Telefon me ÇIP                  | 302-571-4900 ose 866-843-7212                                                                                                                                                                                                   |
| MERILEND                        | Medicaid dhe CHIP                                                                                                                                                                                                               |
| Uebfaqja e Medicaid             | <a href="https://health.maryland.gov/mmcp/Pages/home.aspx">https://health.maryland.gov/mmcp/Pages/home.aspx</a>                                                                                                                 |
| Telefoni i Medicaid             | 855-642-8572                                                                                                                                                                                                                    |
| Uebfaqja e CHIP                 | <a href="https://mmcp.health.maryland.gov/chp/pages/home.aspx">https://mmcp.health.maryland.gov/chp/pages/home.aspx</a>                                                                                                         |
| Telefon me ÇIP                  | 855-642-8572 (TTY 711)                                                                                                                                                                                                          |

Për të parë nëse shteti juaj ka një program ndihme premium, ose për më shumë informacion mbi të drejtat e regjistrimit special, kontaktoni njërin nga këto:

Departamenti i Punës i SHBA-së Departamenti i Shëndetësisë dhe Shërbimeve Njerëzore i SHBA-së  
Qendrat e Administrimit të Sigurisë së Përfitimave të Punonjësve për Shërbimet Medicare dhe Medicaid  
[www.dol.gov/agencies/ebsa](http://www.dol.gov/agencies/ebsa) [www.cms.hhs.gov](http://www.cms.hhs.gov)

866-444-EBSA (3272)

877-267-2323, Opsioni 4 i Menysë, Zgjat. 61565

## Informacioni juaj. Të drejtat tuaja. Përgjegjësitë tona.

Ky njoftim përshkruan se si mund të përdoret dhe zbulohet informacioni mjekësor rreth jush dhe si mund të keni akses në këtë informacion. **Ju lutemi ta shqyrtoni me kujdes.**

| Të drejtat tuaja                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ju keni të drejtë të:                                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>Merrni një kopje të të dhënave tuaja shëndetësore dhe të kërkesave për dëmshpërblim</li> <li>Korrigjoni të dhënat tuaja shëndetësore dhe të kërkesave për dëmshpërblim</li> <li>Kërkesë për komunikim konfidencial</li> <li>Na kërkoni të kufizojmë informacionin që ndajmë</li> <li>Merrni një listë të atyre me të cilët kemi ndarë informacioni juaj</li> <li>Merrni një kopje të këtij njoftimi për privatesinë</li> <li>Zgjidhni dikë që të veprojë për ju</li> <li>Paraqitni një ankesë nëse besoni se të drejtat tuaja të privatesisë janë shkelur</li> </ul>                                     |
| Zgjedhjet tuaja                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Ju keni disa zgjedhje në mënyrën se si ne përdorim dhe ndajmë informacionin siç ne: | <ul style="list-style-type: none"> <li>Përgjigjuni pyetjeve të mbulimit nga familja dhe miqtë tuaj</li> <li>Ofroni ndihmë për fatkeqësitë natyrore.</li> <li>Tregtoni shërbimet tona dhe shisni informacionin tuaj</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Përdorimet dhe Zbulimet tona                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Ne mund ta përdorim dhe ndajmë informacionin tuaj pasi:                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ndihmoni në menaxhimin e trajtimit shëndetësor që merrni</li> <li>Drejtojmë organizatën tonë</li> <li>Paguani për shërbimet tuaja shëndetësore</li> <li>Administroni planin tuaj shëndetësor</li> <li>Ndihmë me çështjet e shëndetit dhe sigurisë publike</li> <li>Bëni kërkime</li> <li>Zbatoni ligjin</li> <li>Përgjigjuni dhurimit të organeve dhe indeve kërkesat dhe puna me një ekzaminues mjekësor ose drejtor funerali</li> <li>Adresoni kërkesat e kompensimit të punëtorëve, zbatimin e ligjit dhe kërkesa të tjera qeveritare</li> <li>Përgjigje ndaj padive dhe veprimeve ligjore</li> </ul> |

### Të drejtat tuaja

**Kur bëhet fjalë për informacionin tuaj shëndetësor, ju keni të drejta të caktuara.** Ky seksion shpjegon të drejtat tuaja dhe disa nga përgjegjësitë tona për t'ju ndihmuar.

#### Merrni një kopje të të dhënave shëndetësore dhe të kërkesave

- Mund të kërkoni të shihni ose të merrni një kopje të të dhënave tuaja shëndetësore dhe të kërkesave për dëmshpërblim, si dhe informacione të tjera shëndetësore që kemi për ju. Na pyetni se si ta bëni këtë.
- Ne do t'ju ofrojmë një kopje ose një përmbledhje të të dhënave tuaja shëndetësore dhe të kërkesave, zakonisht brenda 30 ditëve nga kërkesa juaj. Ne mund të aplikojmë një tarifë të arsyeshme, të bazuar në kosto.

#### **Na kërkoni të korrigjojmë të dhënat shëndetësore dhe të kërkesave**

- Mund të na kërkoni të korrigjojmë të dhënat tuaja shëndetësore dhe të kërkesave nëse mendoni se ato janë të pasakta ose të paplota. Na pyetni se si ta bëjmë këtë.
- Ne mund t'i themi "jo" kërkesës suaj, por do t'ju tregojmë arsyen me shkrim brenda 60 ditëve.

#### **Kërko komunikime konfidenciale**

- Mund të na kërkoni të kontaktojmë me ju në një mënyrë specifike (për shembull, telefon shtëpie ose zyre) ose për të dërguar postë në një adresë tjetër.
- Ne do të shqyrtojmë të gjitha kërkesat e arsyeshme dhe duhet të themi "po" nëse na tregoni se do të ishit në rrezik nëse nuk e bëjmë.

#### **Na kërkoni të kufizojmë atë që përdorim ose ndajmë**

- Ju mund të na kërkoni të mos përdorim ose ndajmë informacione të caktuara shëndetësore për trajtim, pagesë ose operacionet tona.
- Nuk jemi të detyruar të pajtohemi me kërkesën tuaj dhe mund të themi "jo" nëse kjo do të ndikonte kujdesin tuaj.

#### **Merrni një listë të atyre me të cilët kemi ndarë informacione**

- Mund të kërkoni një listë (llogaritje) të rasteve kur kemi ndarë informacionin tuaj shëndetësor për gjashtë vjet para datës që kërkoni, me kë e kemi ndarë atë dhe pse.
- Ne do të përfshijmë të gjitha deklaratimet përveç atyre në lidhje me trajtimin, pagesën dhe operacionet e kujdesit shëndetësor, si dhe disa deklaratime të tjera (si çdo gjë që na keni kërkuar të bëjmë). Ne do të ofrojmë një kontabilitet në vit falas, por do të aplikojmë një tarifë të arsyeshme, të bazuar në kosto nëse kërkoni një tjetër brenda 12 muajve.

#### **Merrni një kopje të këtij njoftimi për privatësinë**

Ju mund të kërkoni një kopje të printuar të këtij njoftimi në çdo kohë, edhe nëse keni rënë dakord ta merrni njoftimin elektronikisht. Ne do t'ju ofrojmë një kopje të printuar menjëherë.

#### **Zgjidhni dikë që të veprojë për ju**

- Nëse i keni dhënë dikujt prokurë mjekësore ose nëse dikush është kujdestari juaj ligjor, ai person mund të ushtrojë të drejtat tuaja dhe të bëjë zgjedhje në lidhje me informacionin tuaj shëndetësor.
- Ne do të sigurohemi që personi e ka këtë autoritet dhe mund të veprojë për ju përpara se të ndërmarrim çdo veprim.

#### **Paraqitni një ankesë nëse mendoni se të drejtat tuaja janë shkelur**

- Ju mund të ankoheni nëse mendoni se ne kemi shkelur të drejtat tuaja duke na kontaktuar duke përdorur informacionin më poshtë.
- Ju mund të paraqisni një ankesë pranë Departamentit të Shëndetësisë dhe Zyrës së Shërbimeve Njerëzore të SHBA-së për të Drejtat Civile duke dërguar një letër në adresën 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201, duke telefonuar në numrin 877-696-6775 ose duke vizituar [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/ankesa/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/ankesa/).
- Ne nuk do të hakmerremi ndaj jush për paraqitjen e një ankese.

#### **Zgjedhjet tuaja**

**Për informacione të caktuara shëndetësore, mund të na tregoni zgjedhjet tuaja në lidhje me atë që ndajmë.** Nëse keni një preferencë të qartë për mënyrën se si e ndajmë informacionin tuaj në situatat e përshkruara më poshtë, na kontaktoni. Na tregoni se çfarë dëshironi të bëjmë dhe ne do t'i ndjekim udhëzimet tuaja.

Në këto raste, ju keni si të drejtën ashtu edhe zgjedhjen për të na thënë:

- Ndani informacionin me familjen tuaj, miqtë e ngushtë ose të tjerët të përfshirë në pagesën për kujdesin juaj
- Ndani informacion në një situatë ndihme në rast fatkeqësie

• Të kontaktojmë për përpjekjet e mbledhjes së fondeve për t'ju ndihmuar të mbledhni fonde.

- Përfshini informacionin tuaj në një drejtori spitali

Nëse nuk jeni në gjendje të na tregoni preferencën tuaj, për shembull nëse jeni pa ndjenja, ne mund të vazhdojmë dhe të ndajmë informacionin tuaj nëse besojmë se është në interesin tuaj më të mirë. Ne gjithashtu mund të ndajmë informacionin tuaj kur është e nevojshme për të zvogëluar një kërcënim serioz dhe të menjëhershëm për shëndetin ose sigurinë.

Në këto raste, ne nuk i ndajmë kurrë informacionet tuaja, përveç nëse na jepni leje me shkrim:

- Qëllime marketingu
- Shitja e informacionit tuaj
- Ndarja më e madhe e shënimeve të psikoterapisë

## Përdorimet dhe Zbulimet tona

### Si e përdorim ose e ndajmë zakonisht informacionin tuaj shëndetësor?

Ne zakonisht e përdorim ose e ndajmë informacionin tuaj shëndetësor në mënyrat e mëposhtme.

#### Ndihmoni në menaxhimin e trajtimit shëndetësor që merrni

Ne mund të përdorim informacionin tuaj shëndetësor dhe ta ndajmë atë me profesionistët që ju trajtojnë.

Shembull: Një mjek na dërgon informacion në lidhje me diagnozën dhe planin tuaj të trajtimit, në mënyrë që të mund të organizojmë shërbime shtesë.

#### Drejtoni organizatën tonë

- Ne mund të përdorim dhe zbulojmë informacionin tuaj për të drejtuar organizatën tonë dhe për t'ju kontaktuar kur është e nevojshme.
- Nuk na lejohet të përdorim informacionin gjenetik për të vendosur nëse do t'ju japim mbulimin dhe çmimin e atij mbulimi. Kjo nuk vlen për planet e kujdesit afatgjatë.

Shembull: Ne përdorim informacionin tuaj shëndetësor për të zhvilluar shërbime më të mira për ju.

#### Paguani për shërbimet tuaja shëndetësore

Ne mund ta përdorim dhe zbulojmë informacionin tuaj shëndetësor ndërsa paguajmë për shërbimet tuaja shëndetësore.

Shembull: Ne ndajmë informacionin tuaj me planin tuaj dentar për të koordinuar pagesën për punën tuaj dentare.

#### Administroni planin tuaj

Ne mund t'ia zbulojmë informacionin tuaj shëndetësor sponsorit të planit tuaj shëndetësor për administrimin e planit.

Shembull: Kompania juaj lidh kontratë me ne për të ofruar një plan shëndetësor, dhe ne i ofrojmë kompanisë suaj statistika të caktuara për të shpjeguar primet që ne aplikojmë.

### Si tjetër mund ta përdorim ose ndajmë informacionin tuaj shëndetësor?

Na lejohet ose na kërkohet të ndajmë informacionin tuaj në mënyra të tjera - zakonisht në mënyra që kontribuojnë në të mirën publike, siç janë shëndeti publik dhe kërkimi. Ne duhet të përmbushim shumë kushte në ligj përpara se të mund të ndajmë informacionin tuaj për këto qëllime. Për më shumë informacion, shihni: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

#### Ndihmë me çështjet e shëndetit dhe sigurisë publike

Ne mund të ndajmë informacione shëndetësore rreth jush për situata të caktuara, të tilla si:

- Parandalimi i sëmundjeve
- Ndihmë me tërheqjet e produkteve
- Raportimi i reaksioneve negative ndaj ilaçeve
- Raportimi i dyshimeve për abuzim, neglizhencë ose dhunë në familje
- Parandalimi ose zvogëlimi i një kërcënimi serioz për shëndetin ose sigurinë e kujtdo

### **Bëni kërtime**

Ne mund ta përdorim ose ta ndajmë informacionin tuaj për kërtime shëndetësore.

### **Zbatoni ligjin**

Ne do të ndajmë informacione rreth jush nëse ligjet shtetërore ose federale e kërkojnë këtë, duke përfshirë edhe me Departamentin e Shëndetësisë dhe Shërbimeve Njerëzore nëse ai dëshiron të shohë që ne po i përmbahemi ligjit federal të privatësisë.

### **Përgjigjuni kërkesave për dhurim organesh dhe indesh dhe bashkëpunoni me një ekzaminues mjekësor ose drejtor funerali.**

- Ne mund të ndajmë informacionin tuaj shëndetësor me organizatat e prokurimit të organeve.
- Ne mund të ndajmë informacionin shëndetësor me një mjek ligjor, një ekzaminues mjekësor ose një drejtor funerali kur një individ vdes.

### **Adresoni kërkesat e kompensimit të punëtorëve, zbatimin e ligjit dhe kërkesa të tjera qeveritare**

Ne mund të përdorim ose të ndajmë informacionin tuaj shëndetësor:

- Për kërkesat për kompensim të punëtorëve
- Për qëllime të zbatimit të ligjit ose me një zyrtar të zbatimit të ligjit
- Me agjencitë mbikëqyrëse shëndetësore për aktivitete të autorizuar me ligj
- Për funksione të veçanta qeveritare, siç janë shërbimet ushtarake, të sigurisë kombëtare dhe të mbrojtjes presidenciale

### **Përgjigjuni padive dhe veprimeve ligjore**

Ne mund të ndajmë informacione shëndetësore rreth jush në përgjigje të një urdhri gjykatë ose administrativ, ose në përgjigje të një urdhri thirrjeje në gjyq.

### **Përgjegjësitë tona**

- Ne jemi të detyruar me ligj të ruajmë privatësinë dhe sigurinë e shëndetit tuaj të mbrojtur informacion.
- Do t'ju njoftojmë menjëherë nëse ndodh një shkelje që mund të ketë kompromentuar privatësinë ose sigurinë e informacionit tuaj.
- Ne duhet të ndjekim detyrat dhe praktikat e privatësisë të përshkruara në këtë njoftim dhe t'ju japim një kopje të saj.
- Ne nuk do ta përdorim ose ndajmë informacionin tuaj ndryshe nga sa përshkruhet këtu, përveç rasteve kur na njoftoni me shkrim se mund ta bëjmë këtë. Nëse na njoftoni se mundemi, mund të ndryshoni mendje në çdo kohë. Na njoftoni me shkrim nëse ndryshoni mendje.

Për më shumë informacion, shihni: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/njoftimpp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/njoftimpp.html).

### **Ndryshime në Kushtet e këtij Njoftimi**

Ne mund të ndryshojmë kushtet e këtij njoftimi dhe ndryshimet do të zbatohen për të gjithë informacionin që kemi rreth jush. Njoftimi i ri do të jetë i disponueshëm me kërkesë, në faqen tonë të internetit, dhe ne do t'ju dërgojmë një kopje me postë.

Tetor 2018

Tyema Sanchez  
Zyrtari i Privatësisë  
215-568-3262, Zgjatimi 1400

## Të Drejtat e Mbulimit të Vazhdueshëm sipas COBRA-s

Po e merrni këtë njoftim sepse kohët e fundit keni fituar mbulim sipas një plani shëndetësor në grup (Planit). Ky njoftim përmban informacione të rëndësishme në lidhje me të drejtën tuaj për mbulim të vazhdueshëm COBRA, i cili është një zgjatje e përkohshme e mbulimit sipas Planit. **Ky njoftim shpjegon mbulimin e vazhdueshëm COBRA, kur mund të bëhet i disponueshëm për ju dhe familjen tuaj dhe çfarë duhet të bëni për të mbrojtur të drejtën tuaj për ta marrë atë.** Kur të kualifikoheni për COBRA, mund të kualifikoheni edhe për opsione të tjera mbulimi që mund të kushtojnë më pak se mbulimi i vazhdueshëm COBRA.

E drejta për mbulim të vazhdueshëm COBRA u krijua nga një ligj federal, Akti i Paftimit të Buxhetit Omnibus të Konsoliduar të vitit 1985 (COBRA). Mbulimi i vazhdueshëm COBRA mund të bëhet i disponueshëm për ju dhe anëtarët e tjerë të familjes suaj kur mbulimi shëndetësor në grup do të përfundonte ndryshe. Për më shumë informacion në lidhje me të drejtat dhe detyrimet tuaja sipas Planit dhe sipas ligjit federal, duhet të rishikoni Përshkrimin Përmbledhës të Planit ose të kontaktoni Administratorin e Planit.

### Mund të keni mundësi të tjera në dispozicion kur humbni mbulimin shëndetësor në grup.

Për shembull, mund të keni të drejtë të blini një plan individual përmes Tregut të Sigurimeve Shëndetësore. Duke u regjistruar në mbulim përmes Tregut, mund të kualifikoheni për kosto më të ulëta në primet tuaja mujore dhe kosto më të ulëta nga xhepi. Përveç kësaj, mund të kualifikoheni për një periudhë regjistrimi të veçantë 30-ditore për një plan tjetër shëndetësor në grup për të cilin keni të drejtë (siç është plani i bashkëshortit/bashkëshortes), edhe nëse ai plan në përgjithësi nuk pranon të regjistruar me vonësë.

## Çfarë është mbulimi i vazhdueshëm i COBRA-s?

Mbulimi i vazhdimësisë COBRA është një vazhdim i mbulimit të Planit kur përndryshe do të përfundonte për shkak të një ngjarjeje jetësore. Kjo quhet edhe një "ngjarje kualifikuese". Ngjarjet specifike kualifikuese renditen më vonë në këtë njoftim. Pas një ngjarjeje kualifikuese, mbulimi i vazhdimësisë COBRA duhet t'i ofrohet çdo personi që është një "përfitues i kualifikuar". Ju, bashkëshorti/ja juaj dhe fëmijët tuaj në varësi mund të bëheni përfitues të kualifikuar nëse mbulimi sipas Planit humbet për shkak të ngjarjes kualifikuese. Sipas Planit, përfituesit e kualifikuar që zgjedhin mbulimin e vazhdimësisë COBRA duhet të paguajnë për mbulimin e vazhdimësisë COBRA.

Nëse jeni punonjës, do të bëheni përfitues i kualifikuar nëse humbni mbulimin tuaj sipas Planit për shkak të ngjarjeve të mëposhtme kualifikuese:

- Orët tuaja të punës janë të reduktuara, ose
- Punësimi juaj përfundon për çdo arsye tjetër përveç sjelljes suaj të rëndë të pahijshme.

Nëse jeni bashkëshorti/ja i/e një punonjësi/e, do të bëheni përfitues/e i/e kualifikuar nëse humbni mbulimin tuaj sipas Planit për shkak të ngjarjeve të mëposhtme kualifikuese:

- Bashkëshorti/ja juaj vdes;
- Orët e punës së bashkëshortit/bashkëshortes suaj janë të reduktuara;
- Punësimi i bashkëshortit/bashkëshortes suaj përfundon për ndonjë arsye tjetër përveç sjelljes së tij/saj të rëndë të pahijshme;
- Bashkëshorti/ja juaj fiton të drejtën për përfitimet e Medicare (sipas Pjesës A, Pjesës B ose të dyjave); ose
- Ju divorcoheni ose ndaheni ligjërisht nga bashkëshorti/bashkëshortja juaj.

Fëmijët tuaj në varësi do të bëhen përfitues të kualifikuar nëse humbasin mbulimin sipas Planit për shkak të ngjarjeve të mëposhtme kualifikuese:

- Prindi-punëmarrës vdes;
- Orët e punësimit të prindit-punonjës janë të reduktuara;
- Punësimi i prindit-punonjës përfundon për çdo arsye tjetër përveç bruto të tij ose të saj sjellje e keqe;
- Prindi-punonjës fiton të drejtën për përfitimet e Medicare (Pjesa A, Pjesa B ose të dyja);
- Prindërit divorcohen ose ndahen ligjërisht; ose
- Fëmija nuk është më i kualifikuar për mbulim sipas Planit si "fëmijë i varur".

## Kur është i disponueshëm mbulimi i vazhdueshëm i COBRA-s?

Plani do t'u ofrojë mbulim të vazhdueshëm COBRA përfituesve të kualifikuar vetëm pasi Administratori i Planit të jetë njoftuar se ka ndodhur një ngjarje kualifikuese. Punëdhënësi duhet të njoftojë Administratorin e Planit për ngjarjet e mëposhtme kualifikuese:

- Përfundimi i punësimit ose zvogëlimi i orëve të punësimit;
- Vdekja e punonjësit; ose
- Punonjësi fiton të drejtën për përfitimet e Medicare (sipas Pjesës A, Pjesës B ose të dyjave).

**Për të gjitha ngjarjet e tjera kualifikuese (divorc ose ndarje ligjore e punonjësit dhe bashkëshortit/es ose humbja e të drejtës për mbulim si fëmijë i varur nga një fëmijë), duhet të njoftoni Administratorin e Planit brenda 60 ditëve pasi të ndodhë ngjarja kualifikuese. Duhet ta paraqisni këtë njoftim në Zyrën e Fondit.**

## Si ofrohet mbulimi i vazhdueshëm i COBRA-s?

Pasi Administratori i Planit të marrë njoftimin se ka ndodhur një ngjarje kualifikuese, mbulimi i vazhdimësisë së COBRA do t'u ofrohet secilit prej përfituesve të kualifikuar. Çdo përfitues i kualifikuar do të ketë të drejtë të pavarur për të zgjedhur mbulimin e vazhdimësisë së COBRA. Punonjësit e mbuluar mund të zgjedhin mbulimin e vazhdimësisë së COBRA në emër të bashkëshortëve të tyre dhe prindërit mund të zgjedhin mbulimin e vazhdimësisë së COBRA në emër të fëmijëve të tyre.

Mbulimi i vazhdueshëm i COBRA-s është një vazhdim i përkohshëm i mbulimit që përgjithësisht zgjat 18 muaj për shkak të ndërprerjes së punësimit ose reduktimit të orëve të punës. Disa ngjarje kualifikuese, ose një ngjarje e dytë kualifikuese gjatë periudhës fillestare të mbulimit, mund të lejojnë një përfitues të marrë një maksimum prej 36 muajsh mbulim.

Ekzistojnë gjithashtu mënyra se si kjo periudhë 18-mujore e mbulimit të vazhdueshëm të COBRA mund të zgjatet:

### Zgjatja e periudhës 18-mujore të mbulimit të vazhdueshëm të COBRA-s për paaftësi

Nëse ju ose dikush në familjen tuaj i mbuluar nga Plani përcaktohet nga Sigurimet Shoqërore si i paaftë dhe ju njoftoni Administratorin e Planit në kohën e duhur, ju dhe e gjithë familja juaj mund të keni të drejtë të merrni deri në 11 muaj shtesë të mbulimit të vazhdueshëm COBRA, për një maksimum prej 29 muajsh. Paaftësia duhet të ketë filluar diku para ditës së 60-të të mbulimit të vazhdueshëm COBRA dhe duhet të zgjasë të paktën deri në fund të periudhës 18-mujore të mbulimit të vazhdueshëm COBRA.

### Zgjatja e dytë e periudhës 18-mujore të mbulimit të vazhdueshëm për ngjarjen kualifikuese

Nëse familja juaj përjeton një ngjarje tjetër kualifikuese gjatë 18 muajve të mbulimit të vazhdueshëm të COBRA-s, bashkëshorti/ja dhe fëmijët në varësi në familjen tuaj mund të marrin deri në 18 muaj shtesë të mbulimit të vazhdueshëm të COBRA-s, për një maksimum prej 36 muajsh, nëse Plani njoftohet siç duhet për ngjarjen e dytë kualifikuese. Ky zgjatim mund të jetë i disponueshëm për bashkëshortin/en dhe çdo fëmijë në varësi që merr mbulim të vazhdueshëm të COBRA-s nëse punonjësi ose ish-punonjësi vdes; fiton të drejtë për përfitime Medicare (sipas Pjesës A, Pjesës B ose të dyjave); divorcohet ose ndahet ligjërisht; ose nëse fëmija në varësi pushon së qeni i/e kualifikuar sipas Planit si fëmijë në varësi. Ky zgjatim është i disponueshëm vetëm nëse ngjarja e dytë kualifikuese do të kishte shkaktuar që bashkëshorti/ja ose fëmija në varësi të humbiste mbulimin sipas Planit nëse nuk do të kishte ndodhur ngjarja e parë kualifikuese.

## A ka mundësi të tjera mbulimi përveç Mbulimit të Vazhdueshëm të COBRA-s?

Po. Në vend të regjistrimit në mbulimin e vazhdueshëm COBRA, mund të ketë mundësi të tjera mbulimi për ju dhe familjen tuaj përmes Tregut të Sigurimeve Shëndetësore, Medicare, Medicaid, Programit të Sigurimeve Shëndetësore të Fëmijëve (CHIP) ose opsioneve të tjera të mbulimit të planit shëndetësor në grup (siç është plani i bashkëshortit/bashkëshortes) përmes asaj që quhet "periudhë e veçantë regjistrimi".

Disa nga këto opsione mund të kushtojnë më pak se mbulimi i vazhdueshëm i COBRA-s. Mund të mësoni më shumë rreth shumë prej këtyre opsioneve në [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov).

## A mund të regjistrohem në Medicare në vend të mbulimit të vazhdueshëm COBRA pasi të mbarojë mbulimi im shëndetësor në grup?

Në përgjithësi, nëse nuk regjistroheni në Medicare Part A ose B kur kualifikoheni për herë të parë sepse jeni ende i punësuar, pas periudhës fillestare të regjistrimit në Medicare, keni një periudhë të posaçme regjistrimi prej 8 muajsh për t'u regjistruar për Medicare Part A ose B, duke filluar nga data më e hershme midis

- Muaji pas përfundimit të punësimit tuaj; ose
- Muaji pas përfundimit të mbulimit të planit shëndetësor në grup bazuar në punësimin aktual.

Nëse nuk regjistroheni në Medicare dhe zgjidhni mbulimin e vazhdimtë të COBRA-s, mund t'ju duhet të paguani një gjobë regjistrimi të vonë në Pjesën B dhe mund të keni një boshllëk në mbulim nëse vendosni që dëshironi Pjesën B më vonë. Nëse zgjidhni mbulimin e vazhdimtë të COBRA-s dhe më vonë regjistroheni në Pjesën A ose B të Medicare para se të përfundojë mbulimi i vazhdimtë të COBRA-s, Planit mund ta ndërpresë mbulimin tuaj të vazhdimtë. Megjithatë, nëse Pjesa A ose B e Medicare është në fuqi në ose para datës së zgjedhjes së COBRA-s, mbulimi i COBRA-s nuk mund të ndërpritet për shkak të të drejtës së Medicare, edhe nëse regjistroheni në pjesën tjetër të Medicare pas datës së zgjedhjes së mbulimit të COBRA-s.

Nëse jeni të regjistruar si në mbulimin e vazhdimtë të COBRA ashtu edhe në Medicare, Medicare në përgjithësi do të paguajë i pari (paguesi kryesor) dhe mbulimi i vazhdimtë të COBRA do të paguajë i dyti. Disa plane mund të paguajnë sikur të jenë dytësore ndaj Medicare, edhe nëse nuk jeni të regjistruar në Medicare.

Për më shumë informacion vizitoni [www.medicare.gov/medicare-and-you](http://www.medicare.gov/medicare-and-you).

## Nëse keni pyetje

Pyetjet në lidhje me Planin tuaj ose të drejtat tuaja të mbulimit të vazhdueshëm COBRA duhet t'i drejtohen kontaktit ose kontakteve të identifikuar më poshtë. Për më shumë informacion në lidhje me të drejtat tuaja sipas Aktit të Sigurisë së të Ardhurave të Daljes në Pension të Punonjësve (ERISA), duke përfshirë COBRA-n, Aktin e Mbrojtjes së Pacientëve dhe Kujdesit të Përballeshëm, dhe ligje të tjera që ndikojnë në planet shëndetësore në grup, kontaktoni Zyrën Rajonale ose të Distriktit më të afërt të Administratës së Sigurisë së Përfitimit të Punonjësve (EBSA) të Departamentit të Punës të SHBA-së në zonën tuaj ose vizitoni [www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa). (Adresat dhe numrat e telefonit të Zyrave Rajonale dhe të Rrethit të EBSA-s janë të disponueshme në faqen e internetit të EBSA-s.) Për më shumë informacion në lidhje me Tregun, vizitoni [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov).

## Mbajeni Planin tuaj të informuar për ndryshimet e adresës

Për të mbrojtur të drejtat e familjes suaj, njoftoni Administratorin e Planit për çdo ndryshim në adresat e anëtarëve të familjes. Gjithashtu, duhet të mbani një kopje, për të dhënat tuaja, të çdo njoftimi që i dërgoni Administratorit të Planit.

[www.seiu36.com](http://www.seiu36.com)

