



www.seiu36.com



报名时间到！

2026
新员工福利指南

您有 20 天的时间报名参加 2026 年
BOLR BMCA 兼职福利计划！

里面有什么

欢迎来到SEIU Local 32BJ District 36 BOLR福利基金..... 2

基本事实..... 4

牙科福利..... 6

视力保健福利..... 7

人寿保险和意外死亡及伤残保
险..... 8

短期残疾福利..... 9

重要通知.....10

欢迎来到SEIU Local 32BJ 第36区BOLR福利基金

2026

需要表格吗？
请查看本指南的封面
以及我们的网站！

您需要填写的报名表格位于本指南
的前几页以及“联系方式和资源”页面。

页面 (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>) 页面找到相关表格。这些
表格可以在线填写，您只需打印出
来签名，然后邮寄到基金办公室即可。



每份表格都会说明您填写的条件。请
仅填写适用于您的表格。填写完毕
后，请沿虚线撕下表格，并使用本指南
中提供的回邮信封寄送至基金办
公室。

在本指南及随附材料中，您将找到参加 2026 年福利计划所需的信息、表格和说明。请仔细阅读随附材料，并在参加保险计划前考虑您家庭的需求。

您必须在收到此注册资料包后 20 天内将填妥的表格（包含在本书前面）交回基金办公室。

你现在需要做什么

阅读完本指南后：

1. 请完整填写人口统计/受益人表格的正反两面。如需为受抚养人添加保险计划，请填写受抚养人登记表。添加受抚养人时必须提供相关证明文件。
2. 仔细阅读本指南。考虑哪些福利选项最适合您，
您的家人。
3. 请填写、签名并注明本指南前面适用的表格日期。请阅读紫色方框，以确定您需要填写哪些表格。
4. 如果您放弃医疗保险：
 - 填写并签署《其他保险证明表》，并提交您的医疗保险卡复印件以核实您的其他保险；
 - 将所有必需表格放入随附的回邮信封中寄回。
5. 填写随附的社会保障数据匹配表，并提供一份您的社保卡复印件。
社会安全卡。如果将受抚养人添加到计划中，您还必须提供他们的社会安全卡复印件。

注意：如果您的表格填写不完整，将被退回。如果您的表格被退回，您必须在72小时内补全缺失的信息并将表格交回基金办公室。

重要提示:状态变更提醒您的福利选择将在今年

剩余时间内继续有效。您仅可在状态变更的情况下更改医疗、牙科或视力保险选项。

符合条件的变更包括:

- 婚姻状况发生变化 (例如结婚、离婚或婚姻无效) ;
- 受抚养人数量发生变化 (例如,子女出生、子女合法收养、子女被安置在您处进行收养,或受抚养人死亡) ;
- 某些就业状况的变化会影响您和您的配偶的福利资格。
配偶或子女,例如:终止雇佣关系、罢工或停工、开始或结束无薪休假、工作地点变更或工作时间变更 (例如,全职和兼职工作之间转换或工时减少或增加) ;
- 您的孩子不再符合保险资格;
- 有资格享受联邦医疗保险或医疗补助 (仅适用于有资格享受联邦医疗保险的人) 或医疗补助) ;
- 变更以遵守州家庭关系法令中关于您保险范围的规定
受抚养子女;
- 您、您的配偶或子女是否符合 COBRA 保险资格;
- 您或您配偶的医疗保健计划的承保费用大幅增加或福利承保范围大幅减少;
- 增加、取消或大幅缩减保险范围;
- 如果您配偶或子女的保险计划在其他雇主的年度参保期内发生变更,而该计划的承保期限与您目前的计划不同;或者
- 如果受抚养人照护提供者或费用发生变化,且提供者不是雇员的亲属 (仅适用于受抚养人照护报销账户),则适用。

您必须在情况发生变化后的 31 天内以书面形式通知基金办公室您的变更保险范围请求 (如果是添加新生儿,截止日期为 90 天;如果您因不再符合资格而失去 Medicaid 或儿童健康保险计划 (CHIP) 的保险,或者您符合州 Medicaid 或 CHIP 的保费援助计划的资格,则截止日期为 60 天),并且您必须提供事件的证明。

请记住:谨慎选择!您有 20

天的时间进行注册。除非您符合资格变更身份,否则您将无法在 2026 年下一个开放注册期之前更改您的选择,保险将于 2027 年 1 月 1 日生效。

如有疑问,请致电基金办公室:
215-568-3262
分机号 1400 或致电 800-338-9025 分机 1400。

本文件及您的入会资料包中的内容概述了您所属的SEIU Local 32BJ, District 36 BOLR福利基金的各项福利,以及将于2026年1月1日生效的变更。这些资料是对您计划福利其他说明的补充。本文件及随附资料中所述的变更自2026年1月1日起生效。基金希望无限期地继续提供本计划及本文件中提及、您的福利手册中所述的各项福利,但保留随时以任何理由全部或部分修改、暂停或终止本计划的权利。收到本入会资料包或注册本计划提供的任何福利均不构成雇佣合同。请仔细阅读这些文件,并将这些重要信息与您的其他福利资料一起妥善保管,以备将来参考。

基本事实

谁有资格？

如果您从事受保就业,并且您的雇主根据集体谈判协议必须代表您向基金缴款,那么您就有资格参加 BOLR BMCA 兼职计划。

如果您符合参加 BOLR BMCA 兼职计划的资格,您还可以为符合条件的家属申请牙科和视力保险。符合条件的家属包括:

- 您的合法配偶 (包括同性配偶)
- 出生至26岁的儿童
- 继子女年龄不超过26岁
- 被收养的儿童 (自安置到您家之日起)至26岁
- 已安排收养的儿童
- 因精神障碍或身体残疾而无法维持就业的26岁以上儿童

任何你无偿承担抚养责任的子女,都不会被视为受抚养人。

登记家属

要将您的受抚养人纳入该计划,您必须填写并提交以下信息:

·受抚养人登记表 (请务必填写正反两面)

·文件依赖状态 所需文件的示例包括:

- 有效的州政府颁发的出生证明,需列明亲生子女或继子女的父母双方姓名
26岁以下
- 收养未满 26 岁儿童的收养证明
- 如果根据合格医疗子女抚养令的要求,您需要将26岁以下的子女添加到抚养名单中,
请提供该抚养令的副本。
- 社会安全号码证明

如果您有子女因身体或精神障碍而无法自理,必须在年满26周岁后继续享受您的医疗保险,基金办公室要求您定期提供该子女的残疾证明文件。此信息必须在子女26周岁生日后的31天内提交给基金办公室。

请注意:您有 20 天的时间为自己和家属办理参保手续。如果我们未在规定时间内收到您的参保表格,您将需要等到下一次开放参保期,除非您的资格状态发生变更。

合格医疗子女抚养令 (QMCSO)

如果您根据合格医疗子女抚养令 (QMCSO) 需要提供子女抚养费 and 医疗保险, 请联系基金办公室了解所需信息的说明。QMCSO 是法院签发的任何判决、法令或命令, 要求您为子女提供医疗保险。有关 QMCSO 执行程序的更多信息, 请联系基金办公室。

谁来支付福利金

您的福利计划和所需缴款由集体谈判协议确定。您的雇主每月代表您向基金缴款, 该基金用于支付您全部或部分医疗和福利费用。您通过自付额、共付额和/或共同保险支付您所接受医疗服务的部分费用。

更改您的福利

您的福利选择自您注册之日起生效, 直至 2026 年 12 月 31 日。除非您遇到第 2 页和第 3 页所述的合格状态变更之一, 否则您将无法在一年内更改 2026 年的牙科或视力福利选择。

牙科福利

定期接受专业的牙科护理不仅对身体健康至关重要,还能预防严重的或代价高昂的牙科问题。因此,我们通过 Delta Dental 提供的牙科保险计划涵盖全方位的牙科服务,包括诊断和预防性护理。

牙科福利表

自付额	在网络中	超出网络范围
年度最高福利 ¹	每人每年 3,000 美元	每人每年 3,000 美元
预防和 诊断护理 · 口腔检查、清洁、 咬合翼片X光片（每年两 次）;全口X光片（每36个 月一次） · 19岁以下人群可使用氟化物 治疗（有年龄限制） · 密封剂或间隙保持 剂（有使用年限限制）	100%	100% （允许金额）
基础修复 · 填充物	100%	100% （允许金额）
重大修复 · 修复现有牙冠 · 嵌体、高嵌体、牙冠、铸造修复体 · 牙桥和假牙	100%	100% （允许金额）
正畸 （仅限儿童,终身最高赔付额为 4,500 美元,但出于医疗需要的正 畸治疗除外）	100% 终身最高限额 1,000 美元	100% （允许金额）

1.牙科年度最高限额是网络内和网络外就诊费用的总和。根据《平价医疗法案》(ACA) 的规定,儿童牙科护理不受年度最高限额的限制。

预先确定超过 300 美元治疗的福利

如果您的治疗预计费用为 300 美元或以上,请在治疗开始前请您的牙医与 Delta Dental 保险公司“预先确定福利”(这意味着评估建议的治疗方案是否合适,并确定保险计划将支付多少费用)。通过预先确定福利,您可以确切地知道保险计划将支付多少,以及您需要支付多少。这样,您就可以在治疗开始前做好财务安排。

为了预先确定保险福利,您的牙医需要向Delta Dental提交一份理赔申请表,详细说明拟定的治疗方案和预估费用。Delta Dental会向您发送一份结算单,列明哪些服务包含在保险范围内以及保险计划将支付多少费用。您可以与您的牙医一起审核治疗方案,并就具体服务项目达成一致。治疗完成后,请将包含服务日期和必要签名的原始结算单寄回Delta Dental以获取付款。

请查看您的计划概要说明,以获取完整的牙科限制和除外责任清单。

视力福利

计划如何运作

您可以选择由国家视觉管理机构 (NVA) 的合作医疗机构或其他眼科专家提供眼科护理。但是,如果您选择合作的眼科医生或验光师,则可以获得最大的福利。

- 当您使用参与计划的医疗服务提供者时,您将获得最大利益,因为该计划会支付大多数常规服务的全部费用或大部分费用。
- 如果您选择非合作医疗机构,本计划将报销您的检查费、眼镜框和镜片或隐形眼镜费用。您在接受服务时需支付全部费用。之后,您必须提交理赔申请,才能获得本计划应承担的费用报销。

该计划的支付方式

当您从 NVA 参与提供商处获得服务时,该计划每 24 个月支付一次眼科检查的费用。

该计划还支付一副新镜片和镜框或隐形眼镜的费用,每 24 个月最高可达 120 美元 (19 岁以下儿童每 12 个月最高可达 120 美元)。

当您从非合作视力保健提供商处获得服务时,该计划将每 24 个月支付一次眼科检查费用,最高可达 30 美元 (19 岁以下儿童每 12 个月支付一次)。

该计划还为儿童和成人每 24 个月支付一次最高 60 美元的镜片费用和最高 60 美元的镜框费用,或最高 120 美元的隐形眼镜费用。

未涵盖的费用 (请注意,这只是部分清单。)

视力保健计划不涵盖以下内容:

- 眼底照相;
- 眼科的内科或外科治疗;
- 因工伤赔偿法而提供或获得的服务或材料
由任何政府机构或项目;或,
- 普通太阳镜或近视太阳镜。

根据视力保健计划,您可以使用您的会员卡享受眼科护理服务或配镜。但是,此卡不能与任何优惠活动 (例如优惠券或促销活动)同时使用。

这项人寿保险金一般只在您受保工作期间身故时支付。

因意外身故而应支付的任何意外死亡及伤残保险金,均等于您的人寿保险金额,并且是在您的人寿保险金之外额外支付的。

意外死亡及伤残抚恤金的数额取决于意外事故的类型。

请参阅您的计划概要说明,或致电基金办公室了解详情。

可能存在例外情况和某些限制。请参阅您的计划概要说明,了解完整的除外责任和限制清单。

人寿保险和意外死亡 伤残保险

如今,人寿保险不仅仅是一种“安心保障”,更是生活必需品之一。

人寿保险旨在为您身故后,为您的家人或任何依赖您收入的人提供保障。意外死亡及伤残保险 (AD&D)在您因意外事故失去肢体或视力时向您支付赔偿金,并在您因承保范围内的意外事故身故时向您的受益人支付赔偿金。

受抚养人无权享受人寿保险和意外死亡及伤残保险。

员工专属福利	
自然死亡	25,000 美元
死亡,事故	25,000 美元 (除上述费用外)
肢体残缺福利	损失的具体金额由损失确定。

别忘了 您的受益人

为确保您指定的受益人能够领取福利金,您必须指定受益人,并随着生活状况的变化及时更新受益人信息。如果您符合领取资格或受抚养人身份发生变化,请填写“人口统计/受益人信息表”。如有需要,请联系基金办公室索取新表格。

将表格交回基金办公室。

短期残疾津贴

如果您是全职员工,并且您的雇主向短期残疾福利基金额外缴款,那么您就有资格领取短期残疾福利。

如果您因与工作无关的疾病或伤害而丧失劳动能力,无法工作,短期残疾福利将为您和您的家人提供每周的补充津贴。

短期残疾津贴的具体时长取决于诊断结果和既定的残疾标准。但是,任何短期残疾津贴的最长期限不得超过 26 周。如需申请短期残疾津贴,您必须填写短期残疾申请表,并提供由具有法律资质的医生出具的证明文件,证明您已丧失劳动能力,无法履行正常工作职责。请注意:心理健康中心 (MHC) 的医疗服务提供者也可以出具残疾证明。

如果您符合资格,在您残疾期间,您将获得相当于您正常工资一定比例的每周福利金,最高可达每周最高限额,前提是您继续接受有法律资质的医生的直接定期护理,或者您的护理由 MHC 心理健康/药物滥用提供者管理。

您的短期伤残津贴从您因伤残就医后的第四个工作日开始生效。就医前您因伤病耽误工作的任何期间,短期伤残津贴均不予支付。

短期残疾申请表必须按时提交。如果您因持续性残疾而无法工作超过一个月,则必须定期提交续领申请表(“蓝色表格”),通常每月一次。有关时间和截止日期的更多信息,请参阅表格。请联系基金办公室索取表格。您只有在领取短期残疾福利期间才能获得资格积分。

有关短期残疾福利的更多信息,请参阅您的计划摘要说明,或致电基金办公室,电话号码为 215-568-3262 或 800-338-9025 (本地通话区域外)。

* 如果您的雇主需要为短期残疾福利支付额外费用。

请注意:根据合同规定,部分雇主可能仍适用固定金额福利津贴。如果您符合每周兼职员工(每周工作时间少于 30 小时)的固定金额福利资格,则每周福利金额为 130 美元。

“具有法律资格的医生”包括医学博士 (MD)、骨科医学博士 (DO)、牙科外科博士 (DDS)、牙科医学博士 (DMD) 或足病医学博士 (DPM)。

任何短期伤残索赔必须在您首次伤残之日起 60 天内提交至基金办公室。请确保所有部分均已填写完整,并由您、您的雇主和您的主治医生签字后再提交至基金办公室。

重要通知

SEIU Local 32 BJ,第 36 区 BOLR 福利基金 (以下简称“基金”)须向您提供以下重要通知。请仔细阅读,以便了解您的权利和义务。

HIPAA特殊注册权利

如果您因已有其他医疗保险而拒绝为自己或受抚养人 (包括您的配偶)加入此医疗保险计划,将来您或许可以为自己或受抚养人加入此计划,前提是您在其他保险终止后的31天内提出申请并提供证明文件。此外,如果您因结婚、收养或安排收养而新增受抚养人,您或许可以为自己和受抚养人加入此医疗保险计划,前提是您需在结婚、收养或安排收养后的31天内提出申请。如果您因生育而新增受抚养人,您或许可以为自己和受抚养人加入此医疗保险计划,前提是您需在生育后的90天内提出申请 (如果您因不再符合资格而失去医疗补助或儿童健康保险计划 (CHIP) 的保障,或者您符合州政府提供的医疗补助或儿童健康保险计划 (CHIP) 保费援助计划的资格,则为60天)。

如果您或您的符合条件的受抚养人符合以下任一条件,该基金还将提供特殊的参保机会:

- 因不再符合资格而失去医疗补助或儿童健康保险计划 (CHIP) 的保障,或
- 获得州政府提供的医疗补助或儿童健康保险计划的保费援助资格。

对于这些注册机会,您将有 60 天的时间,从 Medicaid/儿童健康保险计划 (CHIP) 资格变更,可申请加入基金承保范围。请注意,此 60 天延期仅适用于因医疗补助/儿童健康保险计划 (Medicaid/CHIP) 资格变更而产生的参保机会。

所有参保材料必须在特殊参保申请提交后的31、60或90天内完成,并向计划提供所有受抚养人身份证明。如果您无法在规定时间内完成参保材料并提供受抚养人身份证明 (例如,需要更多时间办理新生儿出生证明),则截止日期可能会延长。

眼镜蛇

根据1986年综合预算协调法案 (COBRA),如果医疗保险因以下原因终止,您和符合条件的受抚养人可以继续享受医疗保险最多18个月:

- 您因任何原因 (严重不当行为除外)终止雇佣关系,或
- 您的工作时间减少了。

COBRA 还允许您符合条件的受抚养人继续享受长达 36 个月的医疗保险,前提是医疗保险原本会因以下原因终止:

- 你死了,
- 你和你的配偶离婚或合法分居,
- 您符合医疗保险资格,或
- 您的受抚养人不再符合医疗保险计划的承保资格。

您和您的受抚养人通常可以在保险终止后的前60天内,或自收到终止通知之日起60天内(以较晚者为准),选择继续享有保险。只要您按时缴纳保费,继续享有的保险将导致保险终止的事件发生后的次月1日生效。您只能继续享有事件发生前一天生效的保险。但是,您可以在每年的开放注册期内更改您的选择。

如果医疗保险计划发生变化,这些变化也将适用于 COBRA 保险范围。

要获得 COBRA 保险,您和/或您符合条件的受抚养人需要及时做出选择并按月缴纳保费。

《新生儿和母亲健康保护法》

根据联邦法律,团体健康保险计划和健康保险发行机构通常不得将产妇或新生儿因分娩住院的福利限制在阴道分娩后少于 48 小时,或剖腹产后少于 96 小时。但是,联邦法律通常并不禁止产妇或新生儿的主治医生在与产妇协商后,让产妇或新生儿在 48 小时(或 96 小时,视情况而定)之前出院。

无论如何,根据联邦法律,计划和发行机构不得要求医疗服务提供者获得计划或发行机构的授权才能开具不超过 48 小时(或 96 小时,视情况而定)的住院时间处方。

妇女健康与癌症权利法案

《妇女健康与癌症权利法案》要求团体健康保险计划及其保险公司和健康维护组织(HMO)为选择乳房重建的乳房切除术患者提供某些福利。对于因乳房切除术而获得福利的计划参与者,其福利将根据与主治医生协商确定的方式提供,具体包括:

- 乳房切除术后乳房重建的各个阶段;
- 对另一侧乳房进行手术和重建,以达到对称的外观;
和
- 乳房切除术后假体及并发症的治疗,包括
淋巴水肿

乳房重建福利需遵守免赔额和共同保险限制,这些限制与该计划下其他福利的规定一致。

HIPAA隐私声明提醒

根据《健康保险流通与责任法案》(HIPAA)的隐私规则,SEIU Local 32 BJ, District 36 BOLR 福利计划(以下简称“本计划”)需定期提醒参与者本计划的隐私声明及其获取方式。隐私声明解释了参与者在受保护健康信息(PHI)方面的权利以及本计划的法律义务,并说明了本计划如何使用和披露 PHI。您也可以致电基金办公室 215-568-3262 转 1400 或 800-338-9025 转 1400 (本地通话区域外)获取隐私声明副本。

医疗补助计划和儿童健康保险计划 (CHIP)

医疗补助计划和儿童健康保险计划 (CHIP) 下的保费援助

如果您或您的孩子符合医疗补助计划 (Medicaid) 或儿童健康保险计划 (CHIP) 的资格,并且您有资格从雇主处获得医疗保险,您所在的州可能设有保费援助计划,该计划可以使用其医疗补助计划或儿童健康保险计划的资金来帮助支付保险费用。如果您或您的孩子不符合医疗补助计划或儿童健康保险计划的资格,您将无法获得这些保费援助计划,但您可以通过医疗保险市场购买个人保险。更多信息,请访问www.healthcare.gov。

如果您或您的受抚养人已加入 Medicaid 或 CHIP,并且您居住在以下列出的州,请联系您所在州的 Medicaid 或 CHIP 办公室,了解是否有保费援助。

如果您或您的受抚养人目前未参加医疗补助计划 (Medicaid) 或儿童健康保险计划 (CHIP),并且您认为您或您的任何受抚养人可能符合其中一项计划的资格,请联系您所在州的医疗补助计划或儿童健康保险计划办公室,或拨打 877-KIDS NOW或访问www.insurekidsnow.gov了解申请流程。如果您符合资格,请咨询您所在州是否有可以帮助您支付雇主提供的医疗保险计划保费的项目。

如果您或您的受抚养人符合医疗补助计划 (Medicaid) 或儿童健康保险计划 (CHIP) 的保费补助资格,并且也符合雇主提供的医疗保险计划的资格,那么如果您尚未加入该计划,您的雇主必须允许您加入。这被称为“特殊参保”机会,您必须在被确定符合保费补助资格后的 60 天内提出参保申请。如果您符合资格,请咨询您所在州是否有可以有任何疑问,请联系美国劳工部,网址为www.askebsa.dol.gov或致电 866-444-EBSA (3272)。

以下州名单截至2026年1月31日有效。请联系您所在的州了解更多资格信息。

宾夕法尼亚州	医疗补助和儿童健康保险计划
医疗补助网站	https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html
医疗补助电话	800-692-7462
CHIP 网站	https://www.dhs.pa.gov/CHIP/Pages/CHIP.aspx
芯片电话	800-986-KIDS (5437)
新泽西州	医疗补助和儿童健康保险计划
医疗补助网站	http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/
医疗补助电话	800-356-1561
CHIP 高级援助电话	609-631-2392
CHIP 网站	http://www.njfamilycare.org/index.html
芯片电话	800-701-0710 (TTY:711)
纽约	医疗补助
医疗补助网站	https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/
医疗补助电话	800-541-2831
特拉华州	医疗补助和儿童健康保险计划
医疗补助网站	http://dhss.delaware.gov/dhss/dmma/medicaid.html
医疗补助电话	302-571-4900 或 866-843-7212
CHIP 网站	http://dhss.delaware.gov/dhss/dmma/dhcp.html
芯片电话	302-571-4900 或 866-843-7212
马里兰州	医疗补助和儿童健康保险计划
医疗补助网站	https://health.maryland.gov/mmcp/Pages/home.aspx
医疗补助电话	855-642-8572
CHIP 网站	https://mmcp.health.maryland.gov/chp/pages/home.aspx
芯片电话	855-642-8572 (TTY 711)

如需了解您所在的州是否有保费援助计划,或了解更多关于特殊参保权利的信息,请联系以下任一机构:

美国劳工部 美国卫生与公众服务部
员工福利保障管理局医疗保险和医疗补助服务中心
www.dol.gov/agencies/ebsa www.cms.hhs.gov
866-444-EBSA (3272)

877-267-2323,菜单选项 4,分机号 61565

您的信息。您的权利。我们的责任。

本通知说明了您的医疗信息可能如何被使用和披露,以及您如何获取这些信息。请仔细阅读。

您的权利	
您有权:	· 获取您的健康和理赔记录副本 · 更正您的健康和理赔记录 · 请求保密沟通 · 要求我们限制分享的信息 · 获取我们曾分享过的人员名单 您的信息 · 获取本隐私声明的副本 · 选择一位代理人来代表你 · 如果您认为自己的隐私权受到侵犯,请提出投诉。
你的选择	
您在信息使用和共享方式方面 有一些选择。 正如我们:	· 回答家人和朋友提出的保险相关问题 · 提供灾害救援 · 推广我们的服务并出售您的信息
我们的用途和披露	
我们可能会出于以下目的 的使用和共享您的信息:	· 协助管理您接受的医疗保健治疗 · 运营我们的组织 · 支付您的医疗服务费用 · 管理您的健康计划 · 协助处理公共卫生和安全问题 · 做研究 · 遵守法律 · 响应器官和组织捐献 请求并与法医或殡仪馆负责人合作 · 处理工伤赔偿、执法和其他政府部门的要求 · 应对诉讼和法律行动

您的权利

关于您的健康信息,您享有一定的权利。本节将解释您的权利以及我们为帮助您而应承担的部分责任。

获取健康和理赔记录副本

- 您可以要求查看或获取您的健康记录、理赔记录以及我们掌握的关于您的其他健康信息的副本。请咨询我们如何操作。
- 我们通常会在您提出请求后的30天内提供您的健康和理赔记录副本或摘要。我们可能会收取合理的、基于成本的费用。

请要求我们更正健康和理赔记录

- 如果您认为您的健康和理赔记录有误或不完整,您可以要求我们进行更正。请咨询我们如何操作。
- 我们可能会拒绝您的请求,但我们将在 60 天内以书面形式告知您原因。

请求保密通信

- 您可以要求我们以特定方式与您联系(例如,家庭电话或办公电话)或将邮件发送到不同的地址。
- 我们会考虑所有合理的请求,如果您告诉我们您会这样做,我们必须答应。
如果我们不这样做,我们将面临危险。

请要求我们限制使用或分享的内容。

- 您可以要求我们不将某些健康信息用于治疗、支付或我们的运营,也不与他人分享。
- 我们没有义务同意您的请求,如果该请求会影响到您,我们可能会拒绝。
您的照顾。

获取我们与之共享信息的对象列表

- 您可以要求我们提供一份清单(记录),说明在您提出要求之日前六年内,我们与谁分享了您的健康信息,以及分享的原因。
- 我们将披露除治疗、支付和医疗保健运营相关信息以及某些其他信息(例如您要求我们提供的任何信息)之外的所有信息。我们将每年免费提供一份财务报告,但如果您在 12 个月内要求提供另一份,我们将收取合理的、基于成本的费用。

获取本隐私声明的副本

即使您已同意以电子方式接收本通知,您仍可随时索取纸质副本。我们将尽快向您提供纸质副本。

选择一位代理人来代表你。

- 如果您已授予某人医疗委托书,或者某人是您的法定监护人,则某人可以行使您的权利并对您的健康信息做出选择。
- 在我们采取行动之前,我们会确保此人拥有此项授权并能代表您行事。
任何行动。

如果您认为自己的权利受到侵犯,请提出投诉。

- 如果您认为我们侵犯了您的权利,您可以联系我们进行投诉,联系方式如下。
- 您可以向美国卫生与公众服务部民权办公室提出投诉,方法是:写信至 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201;致电 877-696-6775;或访问www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/投诉/。
- 我们不会因为您提出投诉而对您进行报复。

你的选择

对于某些健康信息,您可以告诉我们您希望我们如何分享。如果您对我们以下情况下如何分享您的信息有明确的偏好,请与我们联系。告诉我们您的意愿,我们将遵照您的指示行事。

在这些情况下,您有权利也有选择告诉我们:

- 与您的家人、密友或其他参与付款的人员分享信息
您的护理
- 在灾难救援情况下共享信息

- 与您联系以开展筹款活动
- 将您的信息添加到医院名录中。

如果您无法告知我们您的意愿,例如您处于昏迷状态,但我们认为这样做符合您的最佳利益,我们可能会共享您的信息。此外,当需要减轻对健康或安全的严重且迫在眉睫的威胁时,我们也可能共享您的信息。

在这些情况下,除非您给予我们书面许可,否则我们绝不会分享您的信息:

- 营销目的
- 出售您的信息
- 大部分心理治疗笔记共享

我们的用途和披露

我们通常如何使用或分享您的健康信息?

我们通常会以下列方式使用或分享您的健康信息。

帮助您管理所接受的医疗保健治疗。

我们可以使用您的健康信息,并将其分享给正在为您提供治疗的专业人员。

例如:医生向我们发送有关您的诊断和治疗方案的信息,以便我们安排其他服务。

运营我们的组织

- 我们可以使用和披露您的信息来运营我们的组织,并在必要时与您联系。

- 我们不允许使用基因信息来决定是否为您提供服务。
保障范围及其价格。这不适用于长期护理计划。

例如:我们会利用您的健康信息来开发更好的服务。

支付您的医疗服务费用

我们会在支付您的医疗服务费用时使用和披露您的健康信息。

例如:我们会与您的牙科保险公司共享您的信息,以便协调您的牙科治疗费用支付。

管理您的计划

我们可能会将您的健康信息披露给您的健康计划发起人,以便进行计划管理。

例如:贵公司与我们签订合同,提供健康保险计划,我们向贵公司提供一些统计数据来解释我们收取的保费。

我们还能以其他方式使用或分享您的健康信息?

我们被允许或被要求以其他方式共享您的信息。通常是以有利于公共利益的方式,例如公共卫生和研究。在出于这些目的共享您的信息之前,我们必须满足法律规定的许多条件。更多信息,请访问: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html。

协助处理公共卫生和安全问题

在某些情况下,例如:我们可以分享您的健康信息。

- 预防疾病
- 协助产品召回
- 报告药物不良反应
- 举报疑似虐待、忽视或家庭暴力行为
- 预防或减少对任何人的健康或安全构成严重威胁

做些研究

我们可能会将您的信息用于健康研究或与他人分享。

遵守法律

如果州或联邦法律要求,我们将分享您的信息,包括与卫生与公众服务部分享信息,以便其了解我们是否遵守联邦隐私法。

回应器官和组织捐献请求,并与法医或殡仪馆负责人合作。

- 我们可以与器官获取组织共享您的健康信息。
- 当某人去世时,我们可以与验尸官、法医或殡仪馆负责人分享健康信息。

处理工伤赔偿、执法和其他政府部门的要求

我们可以使用或分享您的健康信息:

- 针对工伤赔偿申请
- 用于执法目的或与执法官员合作
- 与卫生监管机构合作开展法律授权的活动
- 用于军事、国家安全和总统保护服务等特殊政府职能

应对诉讼和法律行动

我们可以根据法院或行政命令,或者根据传票,分享您的健康信息。

我们的职责

- 我们依法有义务维护您受保护的健康信息的隐私和安全信息。
- 如果发生可能危及您信息隐私或安全的违规行为,我们将立即通知您。
- 我们必须遵守本通知中所述的职责和隐私惯例,并向您提供它的副本。
- 除此外所述情况外,未经您书面许可,我们不会使用或分享您的信息。如果您允许我们这样做,您可以随时改变主意。如果您改变主意,请以书面形式告知我们。

更多信息,请访问: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html。

本通知条款的变更

我们可以更改本通知的条款,更改后的条款将适用于我们所掌握的关于您的所有信息。新通知可应要求在我们的网站上提供,我们也会邮寄一份副本给您。

2018年10月

泰玛·桑切斯

隐私官

215-568-3262,分机1400

根据《综合预算协调法案》(COBRA)享有的延续保险权利

您收到此通知是因为您最近加入了团体健康保险计划（以下简称“计划”）。本通知包含有关您享有 COBRA 延续保险权利的重要信息，COBRA 延续保险是对计划保障的临时延期。本通知解释了 COBRA 延续保险的含义、您和您的家人何时可以享受该保险，以及您需要采取哪些措施来保障您的权益。当您符合 COBRA 资格时，您可能符合其他一些费用低于 COBRA 延续保险的保障方案的资格。

根据1985年《综合预算协调法案》(COBRA)，联邦法律规定了 COBRA 延续保险的权利。当团体健康保险即将终止时，您和您的家庭成员即可享受 COBRA 延续保险。如需了解您在计划和联邦法律下的权利和义务的更多信息，请查阅计划摘要说明或联系计划管理人。

当您失去团体医疗保险时，您可能还有其他选择。

例如，您可能有资格通过医疗保险市场购买个人保险计划。通过医疗保险市场参保，您每月的保费和自付费用可能都会降低。此外，即使您符合条件的其他团体医疗保险计划（例如配偶的计划）通常不接受逾期参保者，您可能也有资格享受30天的特殊参保期。

什么是 COBRA 延续保险？

COBRA 延续保险是指在计划保障因重大生活事件（也称为“合格事件”）而终止时，继续提供保障。具体合格事件将在本通知后文列出。合格事件发生后，必须向每位“合格受益人”提供 COBRA 延续保险。如果您、您的配偶和受抚养子女因合格事件导致计划保障终止，则他们可能成为合格受益人。根据计划规定，选择 COBRA 延续保险的合格受益人必须支付 COBRA 延续保险费用。

如果您是雇员，并且由于以下符合条件的事件而失去计划下的保险保障，您将成为合格的受益人：

- 你的工作时间减少了，或者
- 除严重不当行为外，任何其他原因都不得终止您的雇佣关系。

如果您是员工的配偶，并且由于以下符合条件的事件而失去您在该计划下的保险，您将成为合格的受益人：

- 您的配偶去世了；
- 配偶的工作时间减少；
- 配偶因除严重不当行为以外的任何原因终止工作；
- 您的配偶有资格享受联邦医疗保险福利（A 部分、B 部分或两者都有）；或
- 你与配偶离婚或合法分居。

如果您的受抚养子女因以下符合条件的事件而失去本计划的保障，他们将成为合格的受益人：

- 员工父母去世；
- 父母员工的工作时间减少；
- 除员工总收入以外的任何原因导致其父母雇员的雇佣关系终止。不当行为；
- 父母雇员有权享受医疗保险福利（A 部分、B 部分或两者兼有）；
- 父母离婚或合法分居；或
- 该儿童不再有资格作为“受抚养儿童”享受该计划的保障。

COBRA延续保险何时可用？

只有在计划管理人收到符合条件的事件发生通知后,该计划才会向符合条件的受益人提供COBRA延续保险。雇主必须将以下符合条件的事件通知计划管理人：

- 终止雇佣关系或减少工作时间；
- 员工死亡；或
- 该员工有资格享受医疗保险福利（A 部分、B 部分或两者兼有）。

对于所有其他符合条件的事件（例如员工与配偶离婚或合法分居,或受抚养子女失去受抚养子女的保险资格）,您必须在符合条件的事件发生后 60 天内通知计划管理人。您必须将此通知提交给基金办公室。

COBRA延续保险是如何提供的？

一旦计划管理人收到符合条件的事件发生的通知,将向每位符合条件的受益人提供COBRA延续保险。每位符合条件的受益人均有权独立选择COBRA延续保险。受保员工可以代表其配偶选择COBRA延续保险,父母可以代表其子女选择COBRA延续保险。

COBRA延续保险是一种临时性的保险延续,通常因失业或工时减少而持续18个月。某些符合条件的事件,或在初始保险期内发生的第二次符合条件的事件,可能使受益人获得最长36个月的保险。

此外,还有一些方法可以延长这18个月的COBRA延续保险期限：

残疾延长18个月的COBRA延续保险期限

如果您或您家庭中任何一位参加本计划的成员被社会保障局认定为残疾,并且您及时通知了计划管理人,您和您的全家可能有资格获得最多11个月的COBRA延续保险,最长可达29个月。残疾必须在COBRA延续保险生效后的第60天之前开始,并且必须至少持续到COBRA延续保险18个月期结束。

第二次符合条件的事件将延续保险期限延长 18 个月

如果在COBRA延续保险的18个月期间,您的家庭再次发生符合条件的事件,您的配偶和受抚养子女最多可获得18个月的额外COBRA延续保险,最长可达36个月,前提是计划方已收到关于第二次符合条件的事件的正式通知。如果雇员或前雇员去世;获得Medicare福利（A部分、B部分或两者兼有）;离婚或合法分居;或者受抚养子女不再符合计划规定的受抚养子女资格,则配偶和任何正在享受COBRA延续保险的受抚养子女均可获得此项延期。此项延期仅适用于以下情况:如果第一次符合条件的事件未发生,第二次符合条件的事件将导致配偶或受抚养子女失去计划规定的保险。

除了 COBRA 延续保险之外,还有其他保险选择吗?

是的。除了参加 COBRA 延续保险之外,您和您的家人还可以通过健康保险市场、联邦医疗保险、医疗补助、儿童健康保险计划 (CHIP) 或其他团体健康计划 (例如配偶的计划)等途径,在所谓的“特殊注册期”内获得其他保险选择。

有些方案的费用可能低于COBRA延续保险。您可以在www.healthcare.gov网站上了解更多相关信息。

我的团体健康保险计划结束后,我可以参加联邦医疗保险 (Medicare)而不是COBRA 延续保险吗?

一般来说,如果您在首次符合资格时因仍在工作而未注册 Medicare A 部分或 B 部分,那么在 Medicare 初始注册期结束后,您将有一个为期 8 个月的特殊注册期来注册 Medicare A 部分或 B 部分,该注册期从以下两者中较早的日期开始:

- 您离职后的一个月;或
- 当前工作单位提供的团体健康保险计划结束后的一个月。

如果您不参加联邦医疗保险 (Medicare),而是选择COBRA延续保险,您可能需要支付B部分延迟参保罚款,并且如果您之后想要参加B部分,您的保险可能会出现中断。如果您选择COBRA延续保险,并在COBRA 延续保险到期前参加联邦医疗保险A部分或B部分,该计划可能会终止您的延续保险。但是,如果联邦医疗保险A部分或B部分在您选择COBRA之日或之前生效,即使您在选择COBRA之日后参加了联邦医疗保险的其他部分,COBRA保险也不会因为您已符合联邦医疗保险资格而被终止。

如果您同时参加了 COBRA 延续保险和联邦医疗保险,联邦医疗保险通常会先支付 (主要支付方), COBRA 延续保险会其次支付。即使您没有参加联邦医疗保险 (Medicare),某些保险计划也可能按联邦医疗保险的补充计划进行支付。

欲了解更多信息,请访问www.medicare.gov/medicare-and-you。

如果您有任何疑问

有关您的计划或COBRA延续保险权利的问题,请联系以下列出的联系人。如需了解更多关于《雇员退休收入保障法》(ERISA) (包括COBRA)、《患者保护与平价医疗法案》以及其他影响团体健康计划的法律赋予您的权利的信息,请联系您所在地区最近的美国劳工部雇员福利保障管理局(EBSA)区域或地区办事处,或访问www.dol.gov/ebsa。

(区域和地区 EBSA 办事处的地址和电话号码可通过 EBSA 网站查询。)有关市场的更多信息,请访问 www.HealthCare.gov。

请及时告知您的计划员地址变更信息。

为保障您家人的权益,请将家庭成员地址的任何变更告知计划管理人。您还应保留一份发送给计划管理人的所有通知副本,以作记录。

www.seiu36.com

