



www.seiu36.com



Es ist Einschreibungszeit!

2026

Leitfaden zu den Leistungen für neue Mitarbeiter

**Sie haben noch 20 Tage Zeit,
sich für die BOLR-Teilzeit-
und Wochenendarbeiterleistungen
für 2026 anzumelden!**

Was ist drin?

Übersicht zur offenen Einschreibung	2
Grundlegende Fakten	4
Zahnärztliche Leistungen	6
Leistungen für Sehbehinderte	7
Lebensversicherung und Unfallversicherung mit Todesfall- und Invaliditätsleistung (AD&D)	8
Kurzfristige Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit	9
Wichtige Hinweise	10

Überblick über die offene Einschreibungsphase

2026

In diesem Leitfaden und den beigefügten Unterlagen finden Sie die Informationen, Formulare und Anweisungen, die Sie für die Anmeldung zum Versicherungsschutz im Jahr 2026 benötigen. Bitte lesen Sie die beigefügten Unterlagen sorgfältig durch und berücksichtigen Sie die Bedürfnisse Ihrer Familie, bevor Sie sich für den Versicherungsschutz anmelden.

Sie müssen die ausgefüllten Formulare (die sich vorne in diesem Buch befinden) spätestens 20 Tage nach Erhalt dieses Anmeldepakets an die Fondsverwaltung zurücksenden.

Was Sie jetzt tun müssen

Nachdem Sie diese Anleitung gelesen haben:

1. Füllen Sie beide Seiten des **demografischen Erhebungsbogens/Begünstigtenformulars** aus. Wenn Sie Angehörige in die Pläne aufnehmen möchten, füllen Sie bitte das Formular zur Anmeldung von Angehörigen aus. Für die Anmeldung von Angehörigen sind entsprechende Unterlagen erforderlich.
2. Lesen Sie diesen Leitfaden sorgfältig durch. Überlegen Sie, welche Leistungsoptionen für Sie am besten geeignet sind und deine Familie.
3. Füllen Sie die entsprechenden Formulare am Anfang dieses Leitfadens aus, unterschreiben und datieren Sie diese. Lesen Sie die violetten Kästen, um festzustellen, welche Formulare Sie ausfüllen müssen.
4. Wenn Sie auf Versicherungsschutz verzichten:
 - Füllen Sie das **Formular „Nachweis einer anderen Versicherung“** vollständig aus und unterschreiben Sie es ; und
 - Senden Sie alle erforderlichen Formulare im beiliegenden Antwortumschlag zurück.
5. Füllen Sie das beiliegende **Formular zum Abgleich der Sozialversicherungsdaten** aus und fügen Sie eine Kopie Ihrer Sozialversicherungskarte bei. Sozialversicherungskarte. Wenn Sie Angehörige in den Plan aufnehmen, müssen Sie auch Kopien ihrer Sozialversicherungskarten vorlegen.

Hinweis: Unvollständige Formulare werden Ihnen zurückgesandt. Sollten Sie ein Formular zurückerhalten, müssen Sie die fehlenden Angaben ergänzen und das Formular innerhalb von 72 Stunden an die Fondsverwaltung zurücksenden.



Auf jedem Formular finden Sie die Bedingungen, unter denen Sie es ausfüllen müssen. Füllen Sie nur die für Sie zutreffenden Formulare aus. Trennen Sie jedes ausgefüllte Formular an der Perforation ab und senden Sie es im beiliegenden Rückumschlag an die Fondsverwaltung.

WICHTIG: Hinweis zur Statusänderung Ihre

Leistungsentscheidungen bleiben für den Rest des Jahres gültig. Sie können Ihre Kranken-, Zahn- oder Sehversicherungsleistungen im Laufe des Jahres nur ändern, wenn sich Ihr Status ändert. Qualifizierte Statusänderungen sind:

- Eine Änderung Ihres Familienstands (z. B. Heirat, Scheidung oder Annullierung);
- Eine Änderung der Anzahl Ihrer Angehörigen (z. B. Geburt, rechtliche Adoption Ihres Kindes, Aufnahme eines Kindes zur Adoption oder Tod eines Angehörigen);
- Bestimmte Änderungen Ihres Beschäftigungsstatus, die sich auf Ihren Anspruch auf Leistungen auswirken, Ehepartner oder Kinder, wie zum Beispiel: Beendigung des Arbeitsverhältnisses, Streik oder Aussperrung, Beginn oder Rückkehr von einem unbezahlten Urlaub, Wechsel des Arbeitsortes oder Änderung des Arbeitsplans (zum Beispiel zwischen Vollzeit- und Teilzeitarbeit oder einer Verringerung oder Erhöhung der Stundenzahl);
- Ihr Kind hat keinen Anspruch mehr auf Versicherungsschutz;
- Anspruch auf Medicare oder Medicaid (gilt nur für die Person, die Anspruch auf Medicare hat) oder Medicaid);
- Änderung zur Einhaltung einer staatlichen Anordnung im Bereich des Familienrechts bezüglich des Versicherungsschutzes Ihrer abhängiges Kind;
- Ihre, die Berechtigung Ihres Ehepartners oder Ihres Kindes für den COBRA-Versicherungsschutz;
- Eine erhebliche Erhöhung der Versicherungskosten oder eine erhebliche Reduzierung der Leistungen im Rahmen Ihres oder des Krankenversicherungsplans Ihres Ehepartners;
- Die Hinzufügung, Abschaffung oder wesentliche Einschränkung einer Deckungsoption;
- Eine Änderung des Versicherungsschutzes Ihres Ehepartners oder Kindes während der jährlichen Anmeldefrist eines anderen Arbeitgebers, wenn der andere Tarif eine andere Versicherungsdauer vorsieht; oder
- Eine Änderung der Betreuungspersonen oder der Kosten, wenn die Betreuungspersonen nicht mit dem Arbeitnehmer verwandt sind (gilt nur für das Konto zur Erstattung von Betreuungskosten).

Sie müssen dem Fondsbüro Ihren Antrag auf Änderung des Versicherungsschutzes innerhalb von 31 Tagen nach der Statusänderung schriftlich mitteilen (die Frist beträgt 90 Tage für die Aufnahme eines Neugeborenen; oder 60 Tage, wenn Sie den Versicherungsschutz durch Medicaid oder das Kinderkrankenversicherungsprogramm (CHIP) verlieren, weil Sie nicht mehr anspruchsberechtigt sind oder Anspruch auf ein staatliches Prämienhilfeprogramm im Rahmen von Medicaid oder CHIP erwerben), und Sie müssen einen Nachweis über das Ereignis erbringen.

WICHTIG: Treffen Sie Ihre**Wahl sorgfältig! Sie haben 20****Tage Zeit, sich anzumelden.****Änderungen Ihrer Wahl sind****erst wieder während der****nächsten offenen****Anmeldephase im Jahr****2026 möglich, der****Versicherungsschutz gilt dann****ab dem 1. Januar 2027, es****sei denn, es liegt eine berechnete Statu****Haben Sie Fragen? Rufen Sie das****Fondsbüro unter 215-568-3262 an.****Durchwahl 1400 oder unter 800-338-****9025 Durchwahl 1400.**

Dieses Dokument und die Unterlagen in Ihrem Anmeldeformular enthalten eine Kurzbeschreibung Ihrer Leistungen aus dem SEIU Local 32BJ, District 36 BOLR Welfare Fund sowie der Änderungen, die zum 1. Januar 2026 in Kraft treten. Diese Unterlagen ergänzen die Beschreibungen Ihrer Leistungen. Die in diesen Dokumenten und den beigefügten Unterlagen beschriebenen Änderungen gelten ab dem 1. Januar 2026. Der Fonds beabsichtigt, den Plan und die darin genannten und in Ihrer Leistungsbroschüre beschriebenen Leistungen dauerhaft fortzuführen, behält sich jedoch das Recht vor, den Plan jederzeit und ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise zu ändern, auszusetzen oder zu beenden. Weder der Erhalt dieses Anmeldeformulars noch die Anmeldung zu den im Rahmen des Plans angebotenen Leistungen begründen ein Arbeitsverhältnis. Bitte lesen Sie diese Dokumente sorgfältig durch und bewahren Sie diese wichtigen Informationen zusammen mit Ihren anderen Leistungsunterlagen auf.

Grundlegende Fakten

Wer ist teilnahmeberechtigt?

Sie sind für den BOLR-Teilzeit- und Wochenendarbeiterplan berechtigt, wenn Sie in einem versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis stehen und Ihr Arbeitgeber aufgrund eines Tarifvertrags verpflichtet ist, Beiträge in Ihrem Namen an den Fonds zu leisten.

Wenn Sie zur Teilnahme am BOLR-Teilzeit- und Wochenendarbeiterprogramm berechtigt sind, können Sie auch Ihre anspruchsberechtigten Angehörigen für Kranken-, Zahn- und Sehversicherungsleistungen anmelden. Zu Ihren anspruchsberechtigten Angehörigen gehören:

- Ihr Ehepartner (einschließlich gleichgeschlechtlicher Ehepartner)
- Kinder von der Geburt bis zum Alter von 26 Jahren
- Stiefkinder bis zum Alter von 26 Jahren
- Adoptivkinder (ab dem Datum der Unterbringung in Ihrem Haushalt) bis zum Alter von 26 Jahren
- Kinder, die zur Adoption freigegeben wurden
- Kinder über 26 Jahre, die aufgrund einer geistigen oder körperlichen Behinderung nicht in der Lage sind, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen

Ein Kind, für das Sie unentgeltlich Unterhalt übernehmen, wird nicht als Angehöriger betrachtet.

Anmeldung von Angehörigen

Um Ihre Angehörigen in den Plan aufzunehmen, müssen Sie die folgenden Informationen ausfüllen und einreichen:

- **Anmeldeformular für Angehörige** (bitte beide Seiten ausfüllen)
- **Dokumentenabhängiger Status** – Beispiele für Dokumente sind:
 - Gültige staatliche Geburtsurkunde, in der beide Elternteile für leibliche oder Stiefkinder aufgeführt sind unter 26 Jahren
 - Adoptionsnachweis für ein rechtmäßig adoptiertes Kind unter 26 Jahren
 - Falls Sie aufgrund einer qualifizierten medizinischen Kindesunterhaltsverfügung Ihre Kinder unter 26 Jahren in die Unterhaltsregelung aufnehmen müssen, legen Sie bitte eine Kopie der Verfügung vor.
 - Nachweis der Sozialversicherungsnummer
 - Falls Ihr Kind aufgrund einer körperlichen oder geistigen Beeinträchtigung, die es daran hindert, seinen Lebensunterhalt selbst zu bestreiten, auch nach dem 26. Lebensjahr weiterhin über Ihre Versicherung versichert bleiben muss, benötigt die Versicherungskasse regelmäßig einen Nachweis über die Behinderung. Dieser Nachweis muss der Versicherungskasse spätestens 31 Tage nach dem 26. Geburtstag des Kindes vorgelegt werden.

WICHTIG: Sie haben 20 Tage Zeit, sich und Ihre Angehörigen anzumelden. Sollten wir Ihre Anmeldeformulare nicht innerhalb dieser Frist erhalten, müssen Sie bis zur nächsten Anmeldephase warten, es sei denn, es hat sich Ihr Familienstand geändert.

Qualifizierte medizinische Kindesunterhaltsanordnung (QMCSO)

Wenn Sie aufgrund einer gerichtlichen Anordnung zur medizinischen Kindesunterhaltszahlung (QMCSO) zur Zahlung von Kindesunterhalt und Krankenversicherungsschutz verpflichtet sind, wenden Sie sich bitte an die zuständige Stelle des Fonds, um zu erfahren, welche Informationen benötigt werden. Eine QMCSO ist ein Urteil, Beschluss oder eine Anordnung des Gerichts, die Sie zur Krankenversicherung eines Kindes verpflichtet. Weitere Informationen zu den Verfahren für die Abwicklung von QMCSOs erhalten Sie ebenfalls bei der zuständigen Stelle des Fonds.

Wer bezahlt die Sozialleistungen?

Ihr Leistungspaket und die erforderlichen Beiträge sind in einem Tarifvertrag festgelegt. Ihr Arbeitgeber zahlt monatlich Beiträge in Ihren Namen an den Fonds, der Ihre Gesundheits- und Sozialleistungen ganz oder teilweise abdeckt. Sie tragen einen Teil der Kosten für die von Ihnen in Anspruch genommenen Gesundheitsleistungen durch Selbstbehalte, Zuzahlungen und/oder Kostenbeteiligungen.

Ändern Ihrer Vorteile

Ihre gewählten Leistungen gelten ab dem Datum Ihrer Anmeldung bis zum 31. Dezember 2026. Sie können Ihre Zahn- oder Sehvorsorgungsleistungen für 2026 im Laufe des Jahres nicht ändern, es sei denn, es tritt eine der auf den Seiten 2 und 3 beschriebenen qualifizierten Statusänderungen ein.

Zahnärztliche Leistungen

Regelmäßige, professionelle Zahnpflege ist nicht nur für die Gesundheit unerlässlich, sondern kann auch schwerwiegende oder kostspielige Probleme verhindern. Deshalb deckt unser Zahnplan, der über Delta Dental angeboten wird, ein umfassendes Spektrum an zahnärztlichen Leistungen ab, einschließlich Diagnostik und Prophylaxe.

Übersicht der zahnärztlichen Leistungen

Selbstbehalt	Im Netzwerk	Außerhalb des Netzwerks
Jährlicher Höchstbetrag¹	3.000 US-Dollar pro Person und Jahr	3.000 US-Dollar pro Person und Jahr
Vorbeugend und Diagnostische Versorgung • Munduntersuchung, Reinigung, Bissflügelaufnahmen (zweimal jährlich); vollständige Gebissaufnahmen alle 36 Monate • Fluoridbehandlungen bis zum 19. Lebensjahr (es gelten Einschränkungen) • Dichtmittel oder Abstandshalter (Altersbeschränkungen beachten)	100%	100 % (zulässiger Betrag)
Grundlegende Wiederherstellung • Füllungen	100%	100 % (zulässiger Betrag)
Umfangreiche Wiederherstellungsmaßnahmen • Reparaturen an bestehenden Kronen • Inlays, Onlays, Kronen, gegossene Restaurationen • Brücken und Prothesen	100%	100 % (zulässiger Betrag)
Kieferorthopädie (Gilt nur für Kinder, maximal 4.500 US-Dollar im Laufe des Lebens, außer bei medizinisch notwendiger Kieferorthopädie)	100% Maximalbetrag von 1.000 US-Dollar pro Leben	100 % (zulässiger Betrag)

1. Der jährliche Höchstbetrag für Zahnbehandlungen ist ein kombinierter Höchstbetrag für Behandlungen innerhalb und außerhalb des Versorgungsnetzes. Gemäß den Richtlinien des Affordable Care Act (ACA) unterliegt die zahnärztliche Versorgung von Kindern nicht den jährlichen Höchstbeträgen.

Leistungen für Behandlungen über 300 \$ im Voraus festlegen

Wenn Ihre Behandlung voraussichtlich 300 US-Dollar oder mehr kostet, bitten Sie Ihren Zahnarzt, vor Behandlungsbeginn eine Kostenübernahmeerklärung mit Delta Dental einzuholen. Dabei wird geprüft, ob die vorgeschlagene Behandlung für Sie geeignet ist und wie viel die Versicherung übernimmt. Durch diese Kostenübernahmeerklärung wissen Sie genau, wie viel die Versicherung zahlt – und wie viel Sie selbst bezahlen müssen. So können Sie die finanziellen Angelegenheiten vor Behandlungsbeginn regeln.

Um die Leistungen im Voraus zu ermitteln, muss Ihr Zahnarzt ein Antragsformular an Delta Dental senden, in dem die geplante Behandlung und die voraussichtlichen Kosten beschrieben sind. Delta Dental sendet Ihnen anschließend eine Abrechnung, auf der die erstattungsfähigen Leistungen und der Erstattungsbetrag aufgeführt sind. Sie können den Behandlungsplan mit Ihrem Zahnarzt besprechen und die durchzuführenden Leistungen vereinbaren. Nach Abschluss der Behandlung senden Sie bitte die Originalabrechnung mit den Behandlungsdaten und den erforderlichen Unterschriften zur Zahlung an Delta Dental zurück.

Bitte lesen Sie Ihre Leistungsbeschreibung (Summary Plan Description) für eine vollständige Liste der Einschränkungen und Ausschlüsse im Bereich der Zahnbehandlung.

Leistungen für Sehbehinderte

So funktioniert der Plan

Sie haben die Möglichkeit, sich von einem am National Vision Administrator (NVA) teilnehmenden Anbieter oder einem anderen Augenspezialisten behandeln zu lassen. Die meisten Leistungen erhalten Sie jedoch, wenn Sie einen teilnehmenden Augenarzt oder Optometristen aufsuchen.

- **Wenn Sie einen teilnehmenden Leistungserbringer in Anspruch nehmen**, erhalten Sie maximale Leistungen, da der Plan die vollen Kosten oder einen großen Teil der Kosten für die meisten Routineleistungen übernimmt.
- **Wenn Sie einen nicht teilnehmenden Leistungserbringer in Anspruch nehmen**, erstattet Ihnen die Versicherung die Kosten für Untersuchungen, Brillengestelle und Brillengläser bzw. Kontaktlinsen. Sie bezahlen die vollen Kosten bei Inanspruchnahme der Leistungen. Anschließend müssen Sie einen Antrag auf Erstattung des Kostenanteils der Versicherung stellen.

Was der Plan beinhaltet

Wenn Sie Leistungen von einem am NVA-Programm teilnehmenden Anbieter in Anspruch nehmen, übernimmt der Plan die Kosten für eine Augenuntersuchung alle 24 Monate. Für Kinder unter 19 Jahren übernimmt der Plan die Kosten für eine Augenuntersuchung alle 12 Monate.

Der Plan übernimmt außerdem die Kosten für ein neues Paar Brillengläser und -fassungen oder Kontaktlinsen bis zu einem Wert von 120 US-Dollar alle 24 Monate (bzw. alle 12 Monate für Kinder unter 19 Jahren).

Wenn Sie Leistungen von einem nicht teilnehmenden Augenarzt in Anspruch nehmen, übernimmt der Plan einmal alle 24 Monate (bzw. einmal alle 12 Monate für Kinder unter 19 Jahren) bis zu 30 US-Dollar für eine Augenuntersuchung.

Der Plan übernimmt außerdem einmal alle 24 Monate bis zu 60 US-Dollar für Brillengläser und bis zu 60 US-Dollar für Brillengestelle oder bis zu 120 US-Dollar für Kontaktlinsen für Kinder und Erwachsene.

Nicht gedeckte Kosten (Bitte beachten Sie, dass dies nur eine Teilliste ist.)

Der Visionplan umfasst Folgendes nicht:

- Fundusfotografie;
- Medizinische oder chirurgische Behandlung der Augen;
- Dienstleistungen oder Materialien, die aufgrund des Arbeitnehmerentschädigungsgesetzes bereitgestellt oder erlangt wurden von einer Regierungsbehörde oder einem Regierungsprogramm; oder
- Einfache oder verschreibungspflichtige Sonnenbrillen.

Im Rahmen des Sehplans können Sie Ihre Versichertenkarte für augenärztliche Leistungen oder Brillen verwenden. Die Karte ist jedoch nicht mit Sonderangeboten wie Gutscheinen oder Sonderaktionen kombinierbar.

Lebensversicherung und Unfalltod & Unfallversicherung (AD&D)

Heute ist die Lebensversicherung mehr als nur eine „Sorglos-Paket“ – sie gehört zu den Notwendigkeiten des Lebens.

Eine Lebensversicherung bietet Ihrer Familie oder allen Personen, die auf Ihr Einkommen angewiesen sind, im Todesfall Schutz. Eine Unfallversicherung mit Todesfall- und Invaliditätsleistung (AD&D) zahlt Ihnen eine Leistung, wenn Sie durch einen Unfall eine Gliedmaße oder Ihr Augenlicht verlieren, und Ihren Begünstigten, wenn Sie infolge eines versicherten Unfalls sterben.

Angehörige haben keinen Anspruch auf Lebens- und Unfallversicherungsschutz.

Diese Lebensversicherungsleistung

wird in der Regel nur dann ausgezahlt, wenn Sie während einer aktiven, versicherten Beschäftigung sterben.

Eine etwaige AD&D-Leistung, die aufgrund Ihres Unfalltodes fällig wird, entspricht der Höhe Ihrer Lebensversicherung und wird zusätzlich zu Ihrer Lebensversicherungsleistung gezahlt.

Die Höhe der

Unfallversicherungsleistung hängt von der Art des Unfallschadens ab.

Weitere Informationen finden Sie in Ihrer zusammenfassenden Planbeschreibung oder erhalten Sie telefonisch beim Fondsbüro.

Es können Ausnahmen und bestimmte Einschränkungen gelten.

Eine vollständige Liste der Ausschlüsse und Einschränkungen finden Sie in Ihrer zusammenfassenden Leistungsbeschreibung.

Exklusiver Vorteil für Mitarbeiter

Natürlicher Tod	25.000 US-Dollar
Tod, Unfall	25.000 US-Dollar (zusätzlich zu den oben genannten Beträgen)
Leistungen bei Gliedmaßenverlust	Der genaue Betrag wird durch den Verlust bestimmt

Nicht vergessen – Ihr Begünstigter

Damit Ihre Leistungen an die gewünschte Person ausgezahlt werden, müssen Sie Ihren Begünstigten benennen und die Angaben zu Ihrem Begünstigten stets aktualisieren. Wenn Sie neu anspruchsberechtigt sind oder sich Ihr Angehörigenstatus ändert, füllen Sie bitte das Formular „Demografische Erhebung/Informationen zum Begünstigten“ aus. Wenden Sie sich an die Fondsverwaltung, falls Sie ein neues Formular benötigen. Senden Sie das Formular an die Fondsverwaltung zurück.

Kurzfristige Arbeitsunfähigkeitsleistungen

Die Leistungen bei kurzfristiger Arbeitsunfähigkeit bieten Ihnen und Ihrer Familie eine zusätzliche wöchentliche Zahlung, wenn Sie aufgrund einer nicht arbeitsbedingten Krankheit oder Verletzung arbeitsunfähig werden.

Die Dauer der Krankengeldzahlung richtet sich nach der Diagnose und den geltenden Richtlinien für Erwerbsunfähigkeit. Die maximale Bezugsdauer bei kurzfristiger Arbeitsunfähigkeit beträgt jedoch 26 Wochen. Um Krankengeld zu beantragen, müssen Sie ein Antragsformular ausfüllen und eine Bescheinigung eines approbierten Arztes vorlegen, die Ihre Arbeitsunfähigkeit bestätigt.

Teilzeit- und Wochenendbeschäftigte haben Anspruch auf eine Leistung von 30 US-Dollar pro Woche (bzw. pro Wochenende) bei Krankheit oder Verletzung, solange sie arbeitsunfähig sind und sich in der direkten, regelmäßigen Betreuung eines rechtlich qualifizierten Arztes befinden.

Ihr Antrag auf Krankengeld muss fristgerecht eingereicht werden. Weitere Informationen zu Fristen und Zeitplänen finden Sie im Formular. Wenden Sie sich an die zuständige Stelle, um ein Formular zu erhalten. Sie erhalten nur dann eine Gutschrift auf Ihre Anspruchsberechtigung, wenn Sie Krankengeld beziehen.

Ihr Anspruch auf Krankengeld beginnt am siebten Werktag nach Ihrem Arztbesuch aufgrund Ihrer Arbeitsunfähigkeit. Krankengeld wird nicht für Zeiträume gezahlt, in denen Sie vor Ihrem Arztbesuch arbeitsunfähig waren.

Weitere Informationen zu Leistungen bei kurzfristiger Arbeitsunfähigkeit finden Sie in Ihrer Leistungsbeschreibung oder rufen Sie das Fondsbüro unter (215) 568-3262 oder (800) 338-9025 außerhalb des Ortsnetzes an.

Der Begriff „juristisch qualifizierter Arzt“ umfasst Ärzte (MD), Osteopathen (DO), Zahnärzte (DDS), Zahnärzte (DMD) und Podologen (DPM).

Anträge auf Krankengeld müssen innerhalb von 60 Tagen nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit beim Fonds eingereicht werden. Bitte stellen Sie sicher, dass alle Abschnitte vollständig ausgefüllt und von Ihnen, Ihrem Arbeitgeber und Ihrem behandelnden Arzt unterschrieben sind, bevor Sie de

Wenn Sie aufgrund einer andauernden Arbeitsunfähigkeit länger als einen Monat arbeitslos sind, müssen Sie regelmäßig, in der Regel monatlich, die sogenannten „blauen Formulare“ ausfüllen.

Wichtige Hinweise

Der Wohlfahrtsfonds der SEIU Local 32 BJ, District 36 BOLR („der Fonds“), ist verpflichtet, Ihnen die folgenden wichtigen Mitteilungen zukommen zu lassen. Bitte lesen Sie diese sorgfältig durch, damit Sie Ihre Rechte und Pflichten kennen.

Besondere Anmelderechte gemäß HIPAA

Wenn Sie die Krankenversicherung für sich oder Ihre Angehörigen (einschließlich Ihres Ehepartners) aufgrund einer anderen Krankenversicherung ablehnen, können Sie sich oder Ihre Angehörigen möglicherweise später in diesem Plan anmelden, sofern Sie die Anmeldung innerhalb von 31 Tagen nach Ende Ihrer anderen Versicherung beantragen und entsprechende Nachweise vorlegen. Wenn Sie durch Heirat, Adoption oder Adoption ein Kind neu in Ihre Familie aufnehmen, können Sie sich und Ihre Angehörigen ebenfalls in diesem Krankenversicherungsplan anmelden, sofern Sie die Anmeldung innerhalb von 31 Tagen nach der Heirat, Adoption oder Adoption beantragen. Bei Geburt eines Kindes können Sie sich und Ihre Angehörigen ebenfalls in diesem Krankenversicherungsplan anmelden, sofern Sie die Anmeldung innerhalb von 90 Tagen nach der Geburt beantragen (oder innerhalb von 60 Tagen, wenn Sie Ihren Anspruch auf Medicaid oder das Kinderkrankenversicherungsprogramm (CHIP) verlieren oder Anspruch auf ein staatliches Prämienhilfsprogramm im Rahmen von Medicaid oder CHIP erwerben).

Der Fonds bietet außerdem eine Sonderanmeldemöglichkeit, wenn Sie oder Ihre anspruchsberechtigten Angehörigen entweder:

- Sie verlieren Ihren Versicherungsschutz durch Medicaid oder das Kinderkrankenversicherungsprogramm (CHIP), weil Sie nicht mehr anspruchsberechtigt sind, oder
- Anspruch auf Prämienbeihilfe eines Bundesstaates im Rahmen von Medicaid oder CHIP erwerben.

Für diese Anmeldemöglichkeiten haben Sie ab dem Datum der Medicaid/Änderung der CHIP-Berechtigung zur Beantragung der Teilnahme am Fonds. Bitte beachten Sie, dass diese 60-tägige Fristverlängerung **nur** für Anmeldemöglichkeiten aufgrund von Änderungen der Medicaid/CHIP-Berechtigung gilt.

Die Anmeldeunterlagen müssen innerhalb von 31, 60 oder 90 Tagen nach Antragstellung auf Sonderanmeldung vollständig ausgefüllt und alle Nachweise über den Angehörigenstatus dem Plan vorgelegt werden. Sollten Sie die Anmeldeunterlagen nicht innerhalb der vorgegebenen Frist vervollständigen und die Nachweise über den Angehörigenstatus nicht innerhalb dieser Frist erbringen können (beispielsweise, wenn zusätzliche Zeit für die Beschaffung einer Geburtsurkunde für ein Neugeborenes benötigt wird), kann die Frist verlängert werden.

KOBRA

Gemäß dem Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act von 1986 (COBRA) können Sie und Ihre anspruchsberechtigten Angehörigen den Krankenversicherungsschutz für bis zu 18 Monate fortsetzen, wenn der Versicherungsschutz aus folgenden Gründen endet:

- Sie beenden Ihr Arbeitsverhältnis aus irgendeinem Grund (außer grobem Fehlverhalten), oder
- Ihre Arbeitszeit wird reduziert.

COBRA ermöglicht es Ihren anspruchsberechtigten Angehörigen außerdem, ihren Krankenversicherungsschutz für bis zu 36 Monate fortzuführen, wenn der Versicherungsschutz andernfalls aus folgenden Gründen enden würde:

- Du stirbst,
- Sie und Ihr Ehepartner lassen sich scheiden oder leben getrennt,
- Sie werden für Medicare berechtigt, oder
- Ihre Angehörigen sind nicht mehr im Rahmen des Krankenversicherungsplans versicherungsberechtigt.

Sie und Ihre Angehörigen können die Versicherung grundsätzlich innerhalb von 60 Tagen nach deren Beendigung oder ab dem Datum des Erhalts der Kündigungsmitteilung (je nachdem, welcher Zeitpunkt später liegt) fortsetzen. Die Fortführung des Versicherungsschutzes tritt am ersten Tag des Monats nach dem Ereignis, das zur Beendigung des Versicherungsschutzes geführt hat, in Kraft, sofern Sie die erforderliche Prämie entrichten. Sie können nur den Versicherungsschutz fortführen, der einen Tag vor dem Ereignis bestand. Änderungen Ihrer Wahlmöglichkeiten sind jedoch jedes Jahr während der jährlichen Anmeldefrist möglich.

Wenn sich der Krankenversicherungsplan ändert, gelten diese Änderungen auch für den Versicherungsschutz im Rahmen von COBRA.

Um Versicherungsschutz nach COBRA zu erhalten, müssen Sie und/oder Ihre anspruchsberechtigten Angehörigen rechtzeitig eine Wahl treffen und monatliche Prämienzahlungen leisten.

Gesetz zum Schutz der Gesundheit von Neugeborenen und Müttern

Gruppenkrankenversicherungen und Krankenversicherer dürfen nach Bundesrecht die Leistungen für die Dauer eines Krankenhausaufenthalts im Zusammenhang mit der Geburt für Mutter oder Neugeborenes grundsätzlich nicht auf weniger als 48 Stunden nach einer vaginalen Entbindung bzw. weniger als 96 Stunden nach einem Kaiserschnitt beschränken. Das Bundesrecht verbietet dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin jedoch in der Regel nicht, die Mutter oder das Neugeborene nach Rücksprache mit der Mutter früher als nach 48 Stunden (bzw. 96 Stunden) zu entlassen.

In jedem Fall dürfen Krankenversicherungen und Krankenversicherer nach Bundesrecht nicht verlangen, dass ein Leistungserbringer eine Genehmigung der Krankenversicherung oder des Krankenversicherers einholt, um eine Aufenthaltsdauer von höchstens 48 Stunden (bzw. 96 Stunden, falls zutreffend) vorzuschreiben.

Gesetz über Frauengesundheit und Krebsrechte

Das Gesetz über die Rechte von Frauen im Bereich Gesundheit und Krebs (Women's Health and Cancer Rights Act) verpflichtet Gruppenkrankenversicherungen und deren Versicherungsgesellschaften sowie HMOs, bestimmte Leistungen für Patientinnen nach einer Mastektomie zu erbringen, die sich für eine Brustrekonstruktion entscheiden. Im Falle einer Versicherten, die Leistungen im Zusammenhang mit einer Mastektomie bezieht, erfolgt die Kostenübernahme in Absprache mit dem behandelnden Arzt für:

- Alle Phasen der Rekonstruktion der Brust, an der die Mastektomie durchgeführt wurde;
- Operation und Rekonstruktion der anderen Brust, um ein symmetrisches Erscheinungsbild zu erzielen;
Und
- Prothesen und Behandlung von körperlichen Komplikationen nach einer Mastektomie, einschließlich Lymphödem

Die Leistungen für Brustrekonstruktionen unterliegen Selbstbehalten und Kostenbeteiligungsbeschränkungen, die mit den für andere Leistungen im Rahmen des Plans festgelegten Bestimmungen übereinstimmen.

Erinnerung an den HIPAA-Datenschutzhinweis

Die Datenschutzbestimmungen des Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) verpflichten den SEIU Local 32 BJ, District 36 BOLR Welfare Plan (der „Plan“), die Teilnehmer regelmäßig an die Verfügbarkeit der Datenschutzerklärung des Plans und deren Bezugsmöglichkeiten zu erinnern. Die Datenschutzerklärung erläutert die Rechte der Teilnehmer und die rechtlichen Pflichten des Plans in Bezug auf geschützte Gesundheitsdaten (PHI) sowie deren Verwendung und Weitergabe. Sie können eine Kopie der Datenschutzerklärung auch telefonisch beim Fonds unter +1 215-568-3262, Durchwahl 1400, oder +1 800-338-9025, Durchwahl 1400 (außerhalb des Ortsnetzes) anfordern.

Medicaid und das Kinderkrankenversicherungsprogramm (CHIP)

Prämienbeihilfe im Rahmen von Medicaid und dem Kinderkrankenversicherungsprogramm (CHIP)

Wenn Sie oder Ihre Kinder Anspruch auf Medicaid oder CHIP haben und Sie über Ihren Arbeitgeber krankenversichert sind, bietet Ihr Bundesstaat möglicherweise ein Prämienbeihilfeprogramm an, das Ihnen mit Mitteln aus den Medicaid- oder CHIP-Programmen bei den Versicherungskosten hilft. Sollten Sie oder Ihre Kinder keinen Anspruch auf Medicaid oder CHIP haben, sind Sie nicht für diese Prämienbeihilfeprogramme berechtigt, können aber möglicherweise eine private Krankenversicherung über den Krankenversicherungsmarktplatz abschließen. Weitere Informationen finden Sie unter www.healthcare.gov.

Wenn Sie oder Ihre Angehörigen bereits bei Medicaid oder CHIP versichert sind und in einem der unten aufgeführten Bundesstaaten wohnen, wenden Sie sich an Ihr zuständiges Medicaid- oder CHIP-Büro, um zu erfahren, ob eine Prämienunterstützung verfügbar ist.

Wenn Sie oder Ihre Angehörigen derzeit nicht bei Medicaid oder CHIP versichert sind und glauben, dass Sie oder Ihre Angehörigen für eines dieser Programme in Frage kommen könnten, wenden Sie sich bitte an die zuständige Medicaid- oder CHIP-Stelle Ihres Bundesstaates oder rufen Sie die Nummer **877-KIDS NOW** an bzw. besuchen Sie www.insurekidsnow.gov, um Informationen zur Antragstellung zu erhalten. Falls Sie die Voraussetzungen erfüllen, erkundigen Sie sich bei Ihrem Bundesstaat, ob es ein Programm gibt, das Sie bei der Zahlung der Beiträge für eine betriebliche Krankenversicherung unterstützen könnte.

Wenn Sie oder Ihre Angehörigen Anspruch auf Prämienbeihilfe im Rahmen von Medicaid oder CHIP haben und auch über Ihren Arbeitgeber versichert sind, muss Ihr Arbeitgeber Ihnen die Anmeldung zu Ihrem Arbeitgeberplan ermöglichen, sofern Sie noch nicht angemeldet sind. Dies wird als „Sonderanmeldemöglichkeit“ bezeichnet. **Sie müssen die Versicherung innerhalb von 60 Tagen nach Feststellung Ihres Anspruchs auf Prämienbeihilfe beantragen.** Bei Fragen zur Anmeldung zu Ihrem Arbeitgeberplan wenden Sie sich bitte an das US-Arbeitsministerium unter www.askebsa.dol.gov oder telefonisch unter **866-444-EBSA (3272)**.

Die folgende Liste der Bundesstaaten ist auf dem Stand vom 31. Januar 2026. Kontaktieren Sie Ihren Bundesstaat für weitere Informationen zur Teilnahmeberechtigung.

PENNSYLVANIA	Medicaid und CHIP
Medicaid-Website	https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html
Medicaid-Telefon	800-692-7462
CHIP-Website	https://www.dhs.pa.gov/CHIP/Pages/CHIP.aspx
Chip-Telefon	800-986-KIDS (5437)
NEW JERSEY	Medicaid und CHIP
Medicaid-Website	http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/
Medicaid-Telefon	800-356-1561
CHIP Premium-Hilfetelefon	609-631-2392
CHIP-Website	http://www.njfamilycare.org/index.html
Chip-Telefon	800-701-0710 (TTY: 711)
NEW YORK	Medicaid
Medicaid-Website	https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/
Medicaid-Telefon	800-541-2831
DELAWARE	Medicaid und CHIP
Medicaid-Website	http://dhss.delaware.gov/dhss/dmma/medicaid.html
Medicaid-Telefon	302-571-4900 oder 866-843-7212
CHIP-Website	http://dhss.delaware.gov/dhss/dmma/dhcp.html
Chip-Telefon	302-571-4900 oder 866-843-7212
MARYLAND	Medicaid und CHIP
Medicaid-Website	https://health.maryland.gov/mmcp/Pages/home.aspx
Medicaid-Telefon	855-642-8572
CHIP-Website	https://mmcp.health.maryland.gov/chp/pages/home.aspx
Chip-Telefon	855-642-8572 (TTY 711)

Um herauszufinden, ob Ihr Bundesstaat ein Prämienunterstützungsprogramm anbietet, oder um weitere Informationen zu besonderen Anmelderechten zu erhalten, wenden Sie sich bitte an:

US-Arbeitsministerium, US-Gesundheitsministerium
Verwaltung der Mitarbeiterleistungen (Centers for Medicare & Medicaid Services)
www.dol.gov/agencies/ebsa www.cms.hhs.gov
866-444-EBSA (3272)

877-267-2323, Menüoption 4, Durchwahl 61565

Ihre Daten. Ihre Rechte. Unsere Pflichten.

Diese Mitteilung beschreibt, wie Ihre medizinischen Daten verwendet und weitergegeben werden dürfen und wie Sie Zugang zu diesen Daten erhalten. **Bitte lesen Sie sie sorgfältig durch.**

Ihre Rechte	
Sie haben das Recht auf:	• Fordern Sie eine Kopie Ihrer Gesundheits- und Leistungsabrechnungen an. • Korrigieren Sie Ihre Gesundheits- und Leistungsdaten. • Bitte um vertrauliche Kommunikation • Bitten Sie uns, die von uns weitergegebenen Informationen einzuschränken. • Erhalten Sie eine Liste derjenigen, mit denen wir geteilt haben Ihre Informationen • Fordern Sie eine Kopie dieser Datenschutzerklärung an • Wählen Sie jemanden, der für Sie handelt. • Reichen Sie eine Beschwerde ein, wenn Sie der Ansicht sind, dass Ihre Datenschutzrechte verletzt wurden.
Ihre Wahlmöglichkeiten	
Sie haben einige Wahlmöglichkeiten hinsichtlich der Art und Weise, wie wir Informationen nutzen und weitergeben. wie wir:	• Beantworten Sie Versicherungsfragen von Familie und Freunden • Katastrophenhilfe leisten • Vermarkten Sie unsere Dienstleistungen und verkaufen Sie Ihre Daten
Unsere Verwendungszwecke und Offenlegungen	
Wir können Ihre Daten wie folgt verwenden und weitergeben:	• Helfen Sie mit, die medizinische Behandlung, die Sie erhalten, zu managen • Unsere Organisation leiten • Bezahlen Sie Ihre Gesundheitsleistungen • Verwalten Sie Ihren Krankenversicherungsplan • Hilfe bei Fragen der öffentlichen Gesundheit und Sicherheit • Recherchieren Sie! • Das Gesetz einhalten • Auf Organ- und Gewebespenden reagieren Anfragen stellen und mit einem Gerichtsmediziner oder Bestatter zusammenarbeiten • Bearbeitung von Anfragen bezüglich Arbeiterunfallversicherung, Strafverfolgung und anderen Regierungsangelegenheiten • Auf Klagen und Gerichtsverfahren reagieren

Ihre Rechte

Wenn es um Ihre Gesundheitsdaten geht, haben Sie bestimmte Rechte. In diesem Abschnitt werden Ihre Rechte erläutert und einige unserer Pflichten Ihnen gegenüber aufgezeigt.

Fordern Sie eine Kopie Ihrer Gesundheits- und Leistungsakten an.

Sie können Ihre Gesundheits- und Leistungsabrechnungsunterlagen sowie weitere uns vorliegende Gesundheitsinformationen einsehen oder eine Kopie davon erhalten. Fragen Sie uns, wie das geht.

- Wir stellen Ihnen in der Regel innerhalb von 30 Tagen nach Ihrer Anfrage eine Kopie oder eine Zusammenfassung Ihrer Gesundheits- und Leistungsabrechnungsunterlagen zur Verfügung. Hierfür erheben wir gegebenenfalls eine angemessene, kostendeckende Gebühr.

Bitten Sie uns, Ihre Gesundheits- und Leistungsdaten zu korrigieren.

- Sie können uns bitten, Ihre Gesundheits- und Leistungsdaten zu korrigieren, wenn Sie der Meinung sind, dass diese fehlerhaft oder unvollständig sind. Fragen Sie uns, wie das geht.
- Wir können Ihre Anfrage ablehnen, werden Ihnen aber innerhalb von 60 Tagen schriftlich den Grund dafür mitteilen.

Bitte um vertrauliche Mitteilungen

- Sie können uns bitten, Sie auf eine bestimmte Weise zu kontaktieren (z. B. per Festnetztelefon zu Hause oder im Büro) oder Post an eine andere Adresse senden.
- Wir werden alle angemessenen Anfragen prüfen und müssen „ja“ sagen, wenn Sie uns mitteilen, dass Sie
Wir sind in Gefahr, wenn wir es nicht tun.

Bitten Sie uns, einzuschränken, was wir nutzen oder teilen.

- Sie können uns bitten, bestimmte Gesundheitsdaten nicht für Behandlungs-, Zahlungs- oder betriebliche Zwecke zu verwenden oder weiterzugeben.
- Wir sind nicht verpflichtet, Ihrer Anfrage zuzustimmen, und wir können „nein“ sagen, wenn dies Auswirkungen hätte.
Ihre Fürsorge.

Erhalten Sie eine Liste derjenigen, mit denen wir Informationen geteilt haben.

- Sie können eine Aufstellung (Abrechnung) anfordern, aus der hervorgeht, wann wir Ihre Gesundheitsdaten in den sechs Jahren vor Ihrer Anfrage weitergegeben haben, an wen wir sie weitergegeben haben und warum.

Wir werden alle Offenlegungen berücksichtigen, mit Ausnahme derjenigen zu Behandlung, Zahlung und Betriebsabläufen im Gesundheitswesen sowie bestimmter anderer Offenlegungen (z. B. solcher, die Sie angefordert haben). Wir erstellen Ihnen einmal jährlich kostenlos eine Abrechnung. Für jede weitere Abrechnung innerhalb von 12 Monaten berechnen wir eine angemessene, kostendeckende Gebühr.

Fordern Sie eine Kopie dieser Datenschutzerklärung an

Sie können jederzeit eine Papierkopie dieser Mitteilung anfordern, auch wenn Sie der elektronischen Zustellung zugestimmt haben. Wir senden Ihnen umgehend eine Papierkopie zu.

Wählen Sie jemanden, der für Sie handelt.

- Wenn Sie jemandem eine medizinische Vorsorgevollmacht erteilt haben oder wenn jemand Ihr gesetzlicher Vormund ist, kann diese Person Ihre Rechte ausüben und Entscheidungen über Ihre Gesundheitsdaten treffen.
- Wir werden sicherstellen, dass die Person diese Befugnis hat und in Ihrem Namen handeln kann, bevor wir ...
jede Handlung.

Reichen Sie eine Beschwerde ein, wenn Sie der Meinung sind, dass Ihre Rechte verletzt wurden.

- Sie können sich beschweren, wenn Sie der Meinung sind, dass wir Ihre Rechte verletzt haben. Kontaktieren Sie uns dazu bitte über die unten stehenden Kontaktdaten.
- Sie können eine Beschwerde beim US-amerikanischen Ministerium für Gesundheit und Soziale Dienste, Büro für Bürgerrechte, einreichen, indem Sie einen Brief an 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201 senden, die Nummer 877-696-6775 anrufen oder die **Website www.hhs.gov/ocr/privacy/** besuchen.
[hipaa/complaints/](#).
- Wir werden Ihnen keine Vergeltungsmaßnahmen antun, weil Sie eine Beschwerde eingereicht haben.

Ihre Wahlmöglichkeiten

Bei bestimmten Gesundheitsdaten können Sie uns Ihre Wünsche bezüglich der Weitergabe mitteilen. Wenn Sie klare Präferenzen bezüglich der Weitergabe Ihrer Daten in den unten beschriebenen Situationen haben, sprechen Sie uns bitte an. Teilen Sie uns Ihre Wünsche mit, und wir werden diese befolgen.

In diesen Fällen haben Sie sowohl das Recht als auch die Möglichkeit, uns Folgendes mitzuteilen:

- Teilen Sie die Informationen mit Ihrer Familie, engen Freunden oder anderen an der Zahlung Beteiligten.
Ihre Fürsorge
- Informationen in einer Katastrophenhilfesituation austauschen

- Wir kontaktieren Sie bezüglich Spendenaktionen
- Tragen Sie Ihre Informationen in ein Krankenhausverzeichnis ein.

Wenn Sie uns Ihre Präferenz nicht mitteilen können, beispielsweise weil Sie bewusstlos sind, können wir Ihre Daten weitergeben, wenn wir dies für Ihr Wohl für notwendig erachten. Wir können Ihre Daten auch weitergeben, wenn dies erforderlich ist, um eine ernsthafte und unmittelbare Gesundheits- oder Sicherheitsgefährdung abzuwenden.

In diesen Fällen geben wir Ihre Daten niemals weiter, es sei denn, Sie erteilen uns Ihre schriftliche Einwilligung:

- Marketingzwecke
- Verkauf Ihrer Daten
- Die meisten Psychotherapie-Notizen

Unsere Verwendungszwecke und Offenlegungen

Wie verwenden und teilen wir Ihre Gesundheitsdaten üblicherweise?

Wir verwenden bzw. teilen Ihre Gesundheitsdaten üblicherweise auf folgende Weise.

Helfen Sie mit, die medizinische Behandlung, die Sie erhalten, zu managen.

Wir können Ihre Gesundheitsdaten nutzen und sie mit den Fachkräften teilen, die Sie behandeln.

Beispiel: Ein Arzt übermittelt uns Informationen über Ihre Diagnose und Ihren Behandlungsplan, damit wir zusätzliche Leistungen organisieren können.

Leiten Sie unsere Organisation

- Wir können Ihre Daten verwenden und weitergeben, um unsere Organisation zu betreiben und Sie bei Bedarf zu kontaktieren.
- Es ist uns nicht gestattet, genetische Informationen zu verwenden, um zu entscheiden, ob wir Ihnen Die Deckung und deren Preis. Dies gilt nicht für Langzeitpflegeversicherungen.

Beispiel: Wir nutzen Ihre Gesundheitsdaten, um bessere Dienstleistungen für Sie zu entwickeln.

Bezahlen Sie Ihre Gesundheitsleistungen

Wir können Ihre Gesundheitsdaten im Rahmen der Bezahlung Ihrer Gesundheitsleistungen verwenden und weitergeben.

Beispiel: Wir teilen Informationen über Sie mit Ihrer Zahnversicherung, um die Bezahlung Ihrer zahnärztlichen Leistungen zu koordinieren.

Verwalten Sie Ihren Plan

Wir können Ihre Gesundheitsdaten an Ihren Krankenversicherungsträger zum Zwecke der Versicherungsverwaltung weitergeben.

Beispiel: Ihr Unternehmen schließt einen Vertrag mit uns über die Bereitstellung eines Krankenversicherungsplans ab, und wir stellen Ihrem Unternehmen bestimmte Statistiken zur Verfügung, um die von uns erhobenen Prämien zu erläutern.

Wie können wir Ihre Gesundheitsdaten sonst noch nutzen oder weitergeben?

Wir sind berechtigt oder verpflichtet, Ihre Daten auf andere Weise weiterzugeben – in der Regel zum Wohle der Allgemeinheit, beispielsweise im Bereich der öffentlichen Gesundheit und Forschung. Bevor wir Ihre Daten für diese Zwecke weitergeben dürfen, müssen wir zahlreiche gesetzliche Auflagen erfüllen. Weitere Informationen finden Sie unter: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Hilfe bei Fragen der öffentlichen Gesundheit und Sicherheit

Wir können Ihre Gesundheitsdaten in bestimmten Situationen weitergeben, zum Beispiel:

- Krankheitsvorbeugung
- Unterstützung bei Produktrückrufen
- Meldung von Nebenwirkungen von Medikamenten
- Meldung von Verdachtsfällen auf Missbrauch, Vernachlässigung oder häusliche Gewalt
- Verhinderung oder Verringerung einer ernsthaften Bedrohung für die Gesundheit oder Sicherheit einer Person

Recherchieren Sie!

Wir können Ihre Daten für die Gesundheitsforschung nutzen oder weitergeben.

Halten Sie sich an das Gesetz

Wir werden Informationen über Sie weitergeben, wenn dies nach Landes- oder Bundesrecht erforderlich ist, unter anderem an das US-Gesundheitsministerium, wenn dieses sich vergewissern möchte, dass wir die bundesstaatlichen Datenschutzgesetze einhalten.

Auf Anfragen zur Organ- und Gewebespende reagieren und mit einem Gerichtsmediziner oder Bestatter zusammenarbeiten

- Wir können Gesundheitsdaten über Sie an Organbeschaffungsorganisationen weitergeben.
- Wir können Gesundheitsinformationen an einen Gerichtsmediziner, Leichenbeschauer oder Bestatter weitergeben, wenn eine Person stirbt.

Bearbeitung von Anfragen bezüglich Arbeiterunfallversicherung, Strafverfolgung und anderen Regierungsangelegenheiten

Wir können Ihre Gesundheitsdaten verwenden oder weitergeben:

- Für Ansprüche auf Arbeiterunfallentschädigung
- Für Zwecke der Strafverfolgung oder im Umgang mit einem Strafverfolgungsbeamten
- Mit Aufsichtsbehörden im Gesundheitswesen für gesetzlich genehmigte Tätigkeiten
- Für besondere Regierungsfunktionen wie Militär, nationale Sicherheit und Personenschutz des Präsidenten

Auf Klagen und Gerichtsverfahren reagieren

Wir können Gesundheitsdaten über Sie auf Anordnung eines Gerichts oder einer Verwaltungsbehörde oder auf Vorladung hin weitergeben.

Unsere Verantwortlichkeiten

- Wir sind gesetzlich verpflichtet, die Vertraulichkeit und Sicherheit Ihrer geschützten Gesundheitsdaten zu wahren. Information.
- Wir werden Sie umgehend informieren, falls es zu einer Datenschutzverletzung kommt, die die Vertraulichkeit oder Sicherheit Ihrer Daten beeinträchtigt haben könnte.
- Wir sind verpflichtet, die in dieser Mitteilung beschriebenen Pflichten und Datenschutzpraktiken einzuhalten und Ihnen eine
Eine Kopie davon.

Wir werden Ihre Daten nur wie hier beschrieben verwenden oder weitergeben, es sei denn, Sie erteilen uns Ihre schriftliche Einwilligung. Diese Einwilligung können Sie jederzeit widerrufen. Bitte teilen Sie uns Ihren Widerruf schriftlich mit.

Weitere Informationen finden Sie unter: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Änderungen der Bedingungen dieser Mitteilung

Wir können die Bedingungen dieser Datenschutzerklärung ändern, und die Änderungen gelten für alle Ihre bei uns gespeicherten Daten. Die neue Datenschutzerklärung ist auf Anfrage auf unserer Website verfügbar; wir senden Ihnen außerdem ein Exemplar per Post zu.

Oktober 2018

Tyema Sanchez

Datenschutzbeauftragter
215-568-3262, Durchwahl 1400

Ansprüche auf Weiterversicherungsschutz gemäß COBRA

Sie erhalten diese Mitteilung, weil Sie kürzlich über eine Gruppenkrankenversicherung (den Plan) versichert wurden. Diese Mitteilung enthält wichtige Informationen zu Ihrem Anspruch auf die COBRA-Anschlussversicherung, eine befristete Verlängerung Ihres Versicherungsschutzes im Rahmen des Plans. In **dieser Mitteilung wird die COBRA-Anschlussversicherung erläutert, wann sie für Sie und Ihre Familie verfügbar sein kann und was Sie tun müssen, um Ihren Anspruch darauf zu sichern**. Sobald Sie Anspruch auf COBRA haben, können Sie möglicherweise auch Anspruch auf andere Versicherungsoptionen haben, die günstiger sein können als die COBRA-Anschlussversicherung.

Das Recht auf Weiterversicherung nach COBRA wurde durch ein Bundesgesetz, den Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act von 1985 (COBRA), geschaffen. Die Weiterversicherung nach COBRA steht Ihnen und anderen Familienmitgliedern zu, wenn Ihre Gruppenkrankenversicherung andernfalls enden würde. Weitere Informationen zu Ihren Rechten und Pflichten im Rahmen des Plans und des Bundesrechts finden Sie in der Planbeschreibung (Summary Plan Description) oder erhalten Sie beim Planverwalter.

Möglicherweise stehen Ihnen andere Optionen zur Verfügung, wenn Sie Ihren Gruppenkrankenversicherungsschutz verlieren. Sie können beispielsweise über den Krankenversicherungsmarktplatz eine Einzelversicherung abschließen. Durch die Anmeldung über den Marktplatz profitieren Sie möglicherweise von niedrigeren monatlichen Prämien und geringeren Selbstbeteiligungskosten. Darüber hinaus haben Sie unter Umständen Anspruch auf eine 30-tägige Sonderanmeldefrist für eine andere Gruppenkrankenversicherung, für die Sie anspruchsberechtigt sind (z. B. die Ihres Ehepartners/Ihrer Ehepartnerin), selbst wenn diese Versicherung normalerweise keine Nachmeldungen akzeptiert.

Was ist die COBRA-Anschlussversicherung?

Die COBRA-Anschlussversicherung ermöglicht die Fortführung des Versicherungsschutzes, wenn dieser aufgrund eines bestimmten Lebensereignisses ansonsten enden würde. Dies wird auch als „qualifizierendes Ereignis“ bezeichnet. Die spezifischen qualifizierenden Ereignisse sind weiter unten in dieser Mitteilung aufgeführt. Nach einem qualifizierenden Ereignis muss jedem „berechtigten Begünstigten“ die COBRA-Anschlussversicherung angeboten werden. Sie, Ihr Ehepartner und Ihre unterhaltsberechtigten Kinder können berechnete Begünstigte werden, wenn der Versicherungsschutz im Rahmen des Plans aufgrund des qualifizierenden Ereignisses erlischt. Berechnete Begünstigte, die sich für die COBRA-Anschlussversicherung entscheiden, müssen die Kosten dafür selbst tragen.

Wenn Sie Angestellter sind, werden Sie ein anspruchsberechtigter Begünstigter, wenn Sie Ihren Versicherungsschutz im Rahmen des Plans aufgrund der folgenden anspruchsbegründenden Ereignisse verlieren:

- Ihre Arbeitszeit wird reduziert, oder
- Ihr Arbeitsverhältnis endet aus jedem anderen Grund als wegen groben Fehlverhaltens.

Wenn Sie der Ehepartner eines Mitarbeiters sind, werden Sie ein anspruchsberechtigter Begünstigter, wenn Sie Ihren Versicherungsschutz im Rahmen des Plans aufgrund der folgenden anspruchsbegründenden Ereignisse verlieren:

- Ihr Ehepartner stirbt;
- Die Arbeitszeit Ihres Ehepartners/Ihrer Ehepartnerin wird reduziert;
- Das Arbeitsverhältnis Ihres Ehepartners endet aus einem anderen Grund als wegen groben Fehlverhaltens;
- Ihr Ehepartner hat Anspruch auf Medicare-Leistungen (nach Teil A, Teil B oder beiden); oder
- Sie lassen sich von Ihrem Ehepartner scheiden oder leben rechtlich getrennt.

Ihre unterhaltsberechtigten Kinder werden zu anspruchsberechtigten Begünstigten, wenn sie aufgrund der folgenden Ereignisse ihren Versicherungsschutz im Rahmen des Plans verlieren:

- Der Elternteil, der gleichzeitig Angestellter ist, stirbt;
- Die Arbeitszeit des Elternteils/Angestellten wird reduziert;
- Das Arbeitsverhältnis des Elternteils endet aus einem anderen Grund als seinem/ihrer Bruttogehalt. Fehlverhalten;
- Der Elternteil-Arbeitnehmer hat Anspruch auf Medicare-Leistungen (Teil A, Teil B oder beides);
- Die Eltern lassen sich scheiden oder leben getrennt; oder
- Das Kind verliert den Anspruch auf Versicherungsschutz im Rahmen des Plans als „abhängiges Kind“.

Wann ist eine Anschlussversicherung nach COBRA verfügbar?

Der Plan bietet berechtigten Versicherten die Weiterversicherung nach COBRA erst dann an, nachdem der Planverwalter über das Eintreten eines qualifizierenden Ereignisses informiert wurde. Der Arbeitgeber muss den Planverwalter über folgende qualifizierende Ereignisse informieren:

- Die Beendigung des Arbeitsverhältnisses oder die Reduzierung der Arbeitszeit;
- Tod des Mitarbeiters; oder
- Der Arbeitnehmer erwirbt Anspruch auf Leistungen der Medicare (nach Teil A, Teil B oder beiden).

Bei allen anderen anspruchsbegründenden Ereignissen (Scheidung oder Trennung des/der Arbeitnehmers/ in vom Ehepartner/von der Ehepartnerin oder Verlust des Versicherungsanspruchs eines unterhaltsberechtigten Kindes) müssen Sie den Planverwalter innerhalb von 60 Tagen nach Eintritt des Ereignisses benachrichtigen. Diese Benachrichtigung muss an die Fondsverwaltung erfolgen.

Wie wird die COBRA-Anschlussversicherung bereitgestellt?

Sobald der Planverwalter über das Eintreten eines anspruchsbegründenden Ereignisses informiert wird, wird jedem anspruchsberechtigten Begünstigten die Weiterversicherung nach COBRA angeboten. Jeder anspruchsberechtigte Begünstigte hat das Recht, die Weiterversicherung nach COBRA unabhängig zu wählen. Versicherte Arbeitnehmer können die Weiterversicherung nach COBRA für ihre Ehepartner und Eltern für ihre Kinder abschließen.

Die COBRA-Anschlussversicherung ist eine befristete Weiterführung des Versicherungsschutzes, die in der Regel 18 Monate dauert und bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses oder Reduzierung der Arbeitszeit gewährt wird. Bestimmte Ereignisse oder ein zweites anspruchsbegründendes Ereignis während des anfänglichen Versicherungszeitraums können dem Versicherten eine maximale Versicherungsdauer von 36 Monaten ermöglichen.

Es gibt auch Möglichkeiten, diesen 18-monatigen Zeitraum der COBRA-Anschlussversicherung zu verlängern:

Verlängerung des 18-monatigen Zeitraums der COBRA-Anschlussversicherung bei Behinderung

Wenn Sie oder ein Mitglied Ihrer Familie, das unter den Plan fällt, von der Sozialversicherung als erwerbsunfähig eingestuft werden und Sie den Planverwalter rechtzeitig benachrichtigen, haben Sie und Ihre gesamte Familie möglicherweise Anspruch auf bis zu 11 zusätzliche Monate COBRA-Anschlussversicherung, maximal jedoch für 29 Monate. Die Erwerbsunfähigkeit muss vor dem 60. Tag der COBRA-Anschlussversicherung eingetreten sein und mindestens bis zum Ende des 18-monatigen Zeitraums der COBRA-Anschlussversicherung andauern.

Verlängerung des Versicherungsschutzes um 18 Monate aufgrund eines zweiten Qualifikationsereignisses

Tritt während der 18-monatigen COBRA-Anschlussversicherung ein weiteres anspruchsbegründendes Ereignis in Ihrer Familie ein, können Ihr Ehepartner und Ihre unterhaltsberechtigten Kinder die COBRA-Anschlussversicherung um bis zu 18 weitere Monate verlängern, maximal jedoch um 36 Monate, sofern der Plan ordnungsgemäß über das zweite anspruchsbegründende Ereignis informiert wird. Diese Verlängerung kann dem Ehepartner und den unterhaltsberechtigten Kindern, die bereits COBRA-Anschlussversicherung erhalten, gewährt werden, wenn der/die Beschäftigte oder ehemalige Beschäftigte verstirbt, Anspruch auf Medicare-Leistungen (nach Teil A, Teil B oder beidem) erwirbt, sich scheiden lässt oder getrennt lebt oder wenn das unterhaltsberechtigte Kind die Anspruchsberechtigung im Rahmen des Plans verliert. Diese Verlängerung ist nur dann möglich, wenn das zweite anspruchsbegründende Ereignis ohne das erste anspruchsbegründende Ereignis zum Verlust des Versicherungsschutzes des Ehepartners oder des unterhaltsberechtigten Kindes geführt hätte.

Gibt es neben der COBRA-Anschlussversicherung noch andere Versicherungsmöglichkeiten?

Ja. Anstatt sich für die COBRA-Anschlussversicherung anzumelden, gibt es möglicherweise andere Versicherungsmöglichkeiten für Sie und Ihre Familie über den Krankenversicherungsmarktplatz, Medicare, Medicaid, das Kinderkrankenversicherungsprogramm (CHIP) oder andere Gruppenkrankenversicherungsoptionen (z. B. die Versicherung des Ehepartners) im Rahmen einer sogenannten „Sonderanmeldefrist“. Einige dieser Optionen sind möglicherweise günstiger als die Weiterversicherung nach COBRA. Weitere Informationen zu vielen dieser Optionen finden Sie unter www.healthcare.gov.

Kann ich mich nach dem Ende meiner Gruppenkrankenversicherung anstelle der COBRA-Anschlussversicherung bei Medicare anmelden?

Generell gilt: Wenn Sie sich nicht bei Ihrer ersten Anspruchsberechtigung für Medicare Teil A oder B anmelden, weil Sie noch erwerbstätig sind, haben Sie nach Ablauf der ersten Anmeldefrist für Medicare eine achtmonatige Sonderanmeldefrist, um sich für Medicare Teil A oder B anzumelden. Diese beginnt mit dem früheren der beiden folgenden Daten:

- Im Monat nach Beendigung Ihres Arbeitsverhältnisses; oder
- Der Monat nach dem Ende des Versicherungsschutzes durch die Gruppenkrankenversicherung auf Grundlage des aktuellen Arbeitsverhältnisses.

Wenn Sie sich nicht bei Medicare anmelden und stattdessen die COBRA-Anschlussversicherung wählen, müssen Sie möglicherweise eine Verspätungsgebühr für die Anmeldung zu Teil B zahlen und es kann zu einer Versicherungslücke kommen, falls Sie sich später für Teil B entscheiden. Wenn Sie die COBRA-Anschlussversicherung wählen und sich später, bevor die COBRA-Anschlussversicherung endet, für Medicare Teil A oder B anmelden, kann der Plan Ihre Anschlussversicherung beenden. Wenn Medicare Teil A oder B jedoch am oder vor dem Datum der COBRA-Wahl wirksam wird, darf die COBRA-Anschlussversicherung aufgrund des Anspruchs auf Medicare nicht beendet werden, selbst wenn Sie sich nach dem Datum der Wahl der COBRA-Anschlussversicherung für den anderen Teil von Medicare anmelden.

Wenn Sie sowohl bei der COBRA-Anschlussversicherung als auch bei Medicare versichert sind, zahlt Medicare in der Regel zuerst (primärer Kostenträger) und die COBRA-Anschlussversicherung zahlt an zweiter Stelle.

Bestimmte Tarife können so abrechnen, als ob sie eine Zusatzversicherung zu Medicare wären, auch wenn Sie nicht bei Medicare eingeschrieben sind.

Weitere Informationen finden Sie unter www.medicare.gov/medicare-and-you.

Wenn Sie Fragen haben

Fragen zu Ihrem Plan oder Ihren Ansprüchen auf Weiterversicherung nach COBRA richten Sie bitte an die unten genannten Ansprechpartner. Weitere Informationen zu Ihren Rechten nach dem Employee Retirement Income Security Act (ERISA), einschließlich COBRA, dem Patient Protection and Affordable Care Act und anderen Gesetzen, die Gruppenkrankenversicherungen betreffen, erhalten Sie bei der nächstgelegenen Regional- oder Bezirksstelle der Employee Benefits Security Administration (EBSA) des US-Arbeitsministeriums oder unter www.dol.gov/ebsa.

(Adressen und Telefonnummern der regionalen und Bezirksbüros der EBSA finden Sie auf der Website der EBSA.)

Weitere Informationen zum Marktplatz finden Sie unter www.HealthCare.gov.

Bitte informieren Sie Ihren Planer über Adressänderungen.

Um die Rechte Ihrer Familie zu schützen, informieren Sie den Planverwalter über jegliche Adressänderungen von Familienmitgliedern. Bewahren Sie außerdem eine Kopie aller Mitteilungen an den Planverwalter für Ihre Unterlagen auf.

www.seiu36.com

