



www.seiu36.com



Czas na zapisy!

2026

Przewodnik po świadczeniach dla nowych pracowników

Masz 20 dni na zapisanie się do programu
świadczeń BOLR dla pracowników
zatrudnionych w niepełnym wymiarze godzin
i w weekendy na rok 2026!

Co jest w środku

Przegląd otwartej rejestracji	2
Podstawowe fakty	4
Świadczenia stomatologiczne	6
Korzyści dla wzroku	7
Ubezpieczenie na życie i ubezpieczenie od nieszczęśliwego wypadku (AD&D)	8
Krótkoterminowe świadczenia z tytułu niepełnosprawności	9
Ważne informacje	10

Potrzebujesz formularza?

Sprawdź pierwszą stronę

tego przewodnika i naszą stronę internetową!

Formularze, które należy wypełnić w celu rejestracji, znajdują się na pierwszych kilku stronach tego przewodnika oraz w zakładce Kontakty i zasoby strona (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>) na naszej stronie internetowej. Formularze na stronie można wypełnić online. Wystarczy je wydrukować, podpisać i wysłać do Biura Funduszu.



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

Przegląd otwartej rejestracji

2026

W tym przewodniku i towarzyszących mu materiałach znajdziesz informacje, formularze i instrukcje potrzebne do zapisania się do ubezpieczenia w 2026 roku. Przed przystąpieniem do ubezpieczenia prosimy o dokładne zapoznanie się z załączonymi materiałami i uwzględnienie potrzeb Twojej rodziny.

Wypełnione formularze (załączone na początku tej książki) należy zwrócić do Biura Funduszu najpóźniej w ciągu 20 dni od otrzymania pakietu rejestracyjnego.

Co musisz teraz zrobić

Po przeczytaniu tego przewodnika:

1. Wypełnij obie strony formularza spisu demograficznego/beneficjenta. W przypadku dodawania osób na utrzymaniu do planów, wypełnij formularz rejestracji osób na utrzymaniu. Aby zarejestrować osoby na utrzymaniu, należy dostarczyć odpowiednią dokumentację.
2. Przeczytaj uważnie ten przewodnik. Zastanów się, które opcje świadczeń są dla Ciebie najlepsze i Twoja rodzina.
3. Wypełnij, podpisz i opatrz datą odpowiednie formularze znajdujące się na początku tego Przewodnika. Przeczytaj fioletowe pola, aby dowiedzieć się, które formularze należy wypełnić.
4. Jeśli rezygnujesz z ubezpieczenia:
 - Wypełnij i podpisz Formularz dowodu innego ubezpieczenia; i
 - Proszę odesłać wszystkie niezbędne formularze w załączonej kopercie zwrotnej.
5. Wypełnij załączony formularz dopasowania danych ubezpieczenia społecznego i dostarcz kopię swojego Karta Ubezpieczenia Społecznego. W przypadku dodania osób na utrzymaniu do planu, należy również dostarczyć kopie ich kart Ubezpieczenia Społecznego.

Uwaga: Jeśli Twoje formularze będą niekompletne, zostaną Ci zwrócone. Jeśli którykolwiek z Twoich formularzy zostanie zwrócony, musisz uzupełnić brakujące informacje i zwrócić formularze do Biura Funduszu w ciągu 72 godzin.

WAŻNE: Przypomnienie o zmianie statusu. Twoje decyzje

dotyczące świadczeń pozostaną w mocy do końca roku. Możesz zmienić swoje wybory dotyczące świadczeń medycznych, stomatologicznych lub okulistycznych w ciągu roku tylko w przypadku zmiany statusu. Kwalifikowane zmiany statusu to:

- Zmiana stanu cywilnego (np. zawarcie związku małżeńskiego, rozwód lub unieważnienie małżeństwa);
- Zmiana liczby osób pozostających na Twoim utrzymaniu (np. urodzenie dziecka, legalna adopcja, oddanie dziecka do adopcji lub śmierć osoby pozostającej na Twoim utrzymaniu);
- Niektóre zmiany w statusie zatrudnienia, które mają wpływ na prawo do świadczeń dla Ciebie, Twojego małżonka lub dzieci, takie jak: zakończenie stosunku pracy, strajk lub lokaut, rozpoczęcie lub powrót z niepłatnego urlopu, zmiana miejsca pracy lub zmiana harmonogramu pracy (na przykład z pracy w pełnym wymiarze godzin na pracę w niepełnym wymiarze godzin lub zmniejszenie lub zwiększenie liczby godzin pracy);
- Twoje dziecko nie kwalifikuje się już do ubezpieczenia;
- Prawo do Medicare lub Medicaid (dotyczy wyłącznie osoby uprawnionej do Medicare lub Medicaid);
- Zmiana w celu dostosowania się do zarządzenia stanowego dotyczącego stosunków rodzinnych w zakresie ochrony Twojego dziecka na utrzymaniu;
- Twoja kwalifikowalność, kwalifikowalność Twojego małżonka lub dziecka do ubezpieczenia COBRA;
- Znaczący wzrost kosztów ubezpieczenia lub znaczące zmniejszenie zakresu świadczeń w ramach Twojego planu opieki zdrowotnej lub planu opieki zdrowotnej Twojego małżonka;
- Dodanie, wyeliminowanie lub znaczące ograniczenie opcji ubezpieczenia;
- Zmiana zakresu ubezpieczenia małżonka lub dziecka w okresie corocznego zapisu u innego pracodawcy, gdy inny plan ma inny okres ubezpieczenia; lub
- Zmiana świadczeniodawców opieki zależnej lub kosztów, jeśli świadczeniodawcy nie są krewnymi pracownika (dotyczy wyłącznie konta zwrotu kosztów opieki zależnej).

Musisz powiadomić Biuro Funduszu na piśmie o swoim wniosku o zmianę zakresu ubezpieczenia w ciągu 31 dni od zmiany statusu (termin wynosi 90 dni w przypadku dodania noworodka; lub 60 dni w przypadku utraty ubezpieczenia Medicaid lub Children's Health Insurance Program (CHIP) z powodu utraty uprawnień lub uzyskania uprawnień do stanowego programu pomocy w opłacaniu składek w ramach Medicaid lub CHIP) i musisz przedstawić dowód tego zdarzenia.

PAMIĘTAJ: Wybieraj

rozważnie! Masz 20 dni na rejestrację. Nie będziesz mógł zmienić swoich wyborów aż do następnego okresu otwartej rejestracji w 2026 roku, aby uzyskać ubezpieczenie od 1 stycznia 2027 roku, chyba że zmienisz status kwalifikujący.

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

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

Podstawowe fakty

Kto jest uprawniony?

Masz prawo do udziału w Planie Pracowników w Częściowym i Weekendowym BOLR, jeśli pracujesz na podstawie umowy o pracę objętej ubezpieczeniem, a Twój pracodawca jest zobowiązany na mocy układu zbiorowego do wpłacania składek na Fundusz w Twoim imieniu.

Jeśli kwalifikujesz się do udziału w Planie BOLR dla Pracowników Częściowo-Etatowych i Weekendowych, możesz również zgłosić osoby pozostające na Twoim utrzymaniu do świadczeń medycznych, stomatologicznych i okulistycznych. Osoby pozostające na Twoim utrzymaniu to:

- Twój małżonek prawny (w tym małżonek tej samej płci)
- Dzieci od urodzenia do 26 roku życia
- Pasierbowie do 26 roku życia
- Dzieci adoptowane (od daty umieszczenia w domu) do 26 roku życia
- Dzieci oddane do adopcji
- Dzieci powyżej 26 roku życia, które nie są w stanie podjąć pracy z powodu upośledzenia umysłowego lub niepełnosprawności fizycznej

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

Rejestracja osób na utrzymaniu

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

- Formularz zgłoszeniowy osoby zależnej (pamiętaj o wypełnieniu obu stron)
- Status zależny od dokumentu — przykłady dokumentacji obejmują:
 - ważny państwowy akt urodzenia, w którym wymienione są oboje rodzice w przypadku dzieci naturalnych lub pasierbów poniżej 26 roku życia
 - Dowód adopcji w przypadku dziecka adoptowanego prawnie w wieku poniżej 26 lat
 - Jeśli w wyniku kwalifikowanego nakazu alimentacyjnego dla dzieci wymagane jest dodanie dzieci poniżej 26 roku życia, prosimy o dostarczenie kopii nakazu
 - Dowód numeru ubezpieczenia społecznego
 - Jeśli masz dziecko, które musi pozostać objęte Twoim ubezpieczeniem po ukończeniu 26 lat z powodu niepełnosprawności fizycznej lub psychicznej, w wyniku której nie jest w stanie utrzymać się samodzielnie, Biuro Funduszu wymaga okresowego dokumentowania niepełnosprawności. Informacje te należy dostarczyć do Biura Funduszu nie później niż 31 dni od ukończenia przez dziecko 26. roku życia.

PAMIĘTAJ: Masz 20 dni na zarejestrowanie siebie i osób na Twoim utrzymaniu. Jeśli nie otrzymamy formularzy rejestracyjnych w wyznaczonym terminie, będziesz musiał poczekać do następnego otwartego naboru, chyba że nastąpi zmiana statusu kwalifikującego.

Kwalifikowany nakaz alimentacyjny na dziecko (QMCSO)

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

Kto płaci za świadczenia

Twój plan świadczeń i wymagane składki są określone w układzie zbiorowym pracy. Twój pracodawca co miesiąc wpłaca w Twoim imieniu składki do Funduszu, który pokrywa całość lub część Twoich świadczeń zdrowotnych i socjalnych. Część kosztów usług opieki zdrowotnej pokrywasz poprzez udziały własne, dopłaty i/lub współubezpieczenie.

Zmiana świadczeń

Wybory dotyczące świadczeń obowiązują od daty rejestracji do 31 grudnia 2026 r. Nie będziesz mieć możliwości zmiany wybranych świadczeń stomatologicznych lub okulistycznych na 2026 r. w trakcie roku, chyba że wystąpi jedna z kwalifikowanych zmian statusu opisanych na stronach 2 i 3.

Świadczenia stomatologiczne

Regularna, profesjonalna opieka stomatologiczna jest nie tylko niezbędna dla dobrego zdrowia, ale może również zapobiegać poważnym i kosztownym problemom. Dlatego nasz Plan Stomatologiczny, oferowany przez Delta Dental, obejmuje pełen zakres usług stomatologicznych, w tym diagnostykę i opiekę profilaktyczną.

Tabela świadczeń stomatologicznych

Podlegający potrąceniu	W sieci	Poza siecią
Maksymalna roczna korzyść ¹	3000 dolarów na osobę rocznie	3000 dolarów na osobę rocznie
Zapobiegawcze i Opieka diagnostyczna • Badanie jamy ustnej, czyszczenie, zdjęcia rentgenowskie skrzydłowo-zgryzowe (dwa razy w roku); zdjęcia rentgenowskie całej jamy ustnej co 36 miesięcy • Zabiegi fluoryzacji do 19 roku życia (obowiązują limity) • Uszczelniacze lub środki utrzymujące przestrzeń (obowiązują ograniczenia wiekowe)	100%	100% (dozwolona ilość)
Podstawowa odbudowa • Wypełnienia	100%	100% (dozwolona ilość)
Główne działania naprawcze • Naprawy istniejących koron • Wkłady, nakłady, korony, wypełnienia odlewane • Mosty i protezy	100%	100% (dozwolona ilość)
Ortodoncja (Tylko dla dzieci, z zastrzeżeniem maksymalnej kwoty 4500 USD na całe życie, z wyjątkiem medycznie uzasadnionego leczenia ortodontycznego)	100% Maksymalna kwota dożywotnia 1000 USD	100% (dozwolona ilość)

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

Z góry określ korzyści z leczenia powyżej 300 dolarów

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

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

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

Korzyści dla wzroku

Jak działa plan

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

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

Co obejmuje plan?

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

Plan obejmuje również zakup nowej pary soczewek i oprawek lub soczewek kontaktowych do kwoty 120 dolarów co 24 miesiące (lub co 12 miesięcy w przypadku dzieci poniżej 19. roku życia).

Jeśli korzystasz z usług okulisty nieuczestniczącego w programie, Plan pokryje do 30 USD za badanie wzroku raz na 24 miesiące (lub raz na 12 miesięcy w przypadku dzieci poniżej 19. roku życia).

Plan obejmuje również pokrycie kosztów soczewek do 60 dolarów i oprawek do 60 dolarów, lub soczewek kontaktowych do 120 dolarów raz na 24 miesiące dla dzieci i dorosłych.

Koszty nieobjęte ubezpieczeniem (Należy pamiętać, że jest to tylko częściowa lista.)

Plan Wizji nie obejmuje:

- Fotografia dna oka;
- Leczenie medyczne lub chirurgiczne oczu;
- Usługi lub materiały świadczone na podstawie ustawy o odszkodowaniach pracowniczych lub uzyskane przez jakąkolwiek agencję rządową lub program; lub
- Okulary przeciwsłoneczne zwykłe lub korekcyjne.

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

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

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

Wysokość świadczenia

AD&D zależy od rodzaju szkody nieszczęśliwego wypadku.

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

Mogą obowiązywać pewne

wyjątki i ograniczenia.

Pełną listę wyłączeń i ograniczeń znajdziesz w Opisie planu.

Ubezpieczenie na życie i od nieszczęśliwych wypadków

Ubezpieczenie od rozcłonkowania (AD&D)

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

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

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

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

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

Nie zapomnij – Twój beneficjent

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

Zwróć formularz do Biura Funduszu.

Krótkoterminowe świadczenia z tytułu niepełnosprawności

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

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

Pracownicy zatrudnieni w niepełnym wymiarze godzin lub w weekendy mają prawo do świadczenia w wysokości 30 dolarów tygodniowo (lub za weekend) w przypadku choroby lub urazu, jeśli są niepełnosprawni i pozostają pod bezpośrednią, regularną opieką lekarza posiadającego odpowiednie uprawnienia.

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

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

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

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

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

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

Ważne informacje

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

Prawa do specjalnej rejestracji HIPAA

Jeśli rezygnujesz z zapisu do planu ubezpieczenia zdrowotnego dla siebie lub osób na Twoim utrzymaniu (w tym małżonka/małżonki) z powodu innego ubezpieczenia zdrowotnego, możesz w przyszłości zapisać siebie lub osoby na Twoim utrzymaniu do tego planu, pod warunkiem złożenia wniosku o zapis w ciągu 31 dni od zakończenia poprzedniego ubezpieczenia i dostarczenia dokumentacji uzupełniającej. Ponadto, jeśli w wyniku małżeństwa, adopcji lub umieszczenia w pieczy zastępczej pojawiło się nowe dziecko na Twoim utrzymaniu, możesz zapisać siebie i osoby na Twoim utrzymaniu do planu ubezpieczenia zdrowotnego, pod warunkiem złożenia wniosku o zapis w ciągu 31 dni od ślubu, adopcji lub umieszczenia w pieczy zastępczej. Jeśli w wyniku urodzenia pojawiło się nowe dziecko na Twoim utrzymaniu, możesz zapisać siebie i osoby na Twoim utrzymaniu do planu ubezpieczenia zdrowotnego, pod warunkiem złożenia wniosku o zapis w ciągu 90 dni od urodzenia (lub 60 dni, jeśli utracisz ubezpieczenie Medicaid lub Program Ubezpieczenia Zdrowotnego dla Dzieci (CHIP), ponieważ nie będziesz już uprawniony/a, lub uzyskasz prawo do stanowego programu pomocy w opłacaniu składek w ramach Medicaid lub CHIP).

Fundusz umożliwi również specjalną możliwość zapisu, jeśli Ty lub Twój uprawnieni członek rodziny:

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

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

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

KOBRA

Zgodnie z ustawą Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act z 1986 r. (COBRA) Ty i Twój uprawnieni członkowie rodziny możecie kontynuować ubezpieczenie zdrowotne przez okres do 18 miesięcy, jeśli ubezpieczenie zakończy się z powodu:

- Rozwiązujesz stosunek pracy z jakiegokolwiek powodu (innego niż rażące naruszenie obowiązków) lub
- Masz skrócony czas pracy.

Ustawa COBRA pozwala również uprawnionym osobom na utrzymaniu na kontynuowanie ubezpieczenia medycznego przez okres do 36 miesięcy, jeśli w przeciwnym razie ubezpieczenie wygaśnie z powodu:

- Umierasz,
- Ty i Twój małżonek rozwodzicie się lub prawnie oddzielacie,
- Stajesz się uprawniony do Medicare lub
- Osoby pozostające na Twoim utrzymaniu nie kwalifikują się już do objęcia ubezpieczeniem w ramach planu medycznego.

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

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

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

Ustawa o ochronie zdrowia noworodków i matek

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

W żadnym wypadku plany i wystawcy nie mogą, zgodnie z prawem federalnym, wymagać od świadczeniodawcy uzyskania autoryzacji od planu lub wystawcy na przepisanie okresu pobytu nieprzekraczającego 48 godzin (lub 96 godzin, w zależności od przypadku).

Ustawa o zdrowiu kobiet i prawach w zakresie leczenia raka

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

- Wszystkie etapy rekonstrukcji piersi, w której wykonano mastektomię;
- Operacja i rekonstrukcja drugiej piersi w celu uzyskania symetrycznego wyglądu;
- Protezy i leczenie powikłań fizycznych po mastektomii, w tym:
 obrzęk limfatyczny

Świadczenia z tytułu rekonstrukcji piersi podlegają ograniczeniom w zakresie odliczeń i współubezpieczenia, które są spójne z tymi ustalonymi dla innych świadczeń w ramach planu.

Przypomnienie o polityce prywatności HIPAA

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

Medicaid i Program Ubezpieczenia Zdrowotnego dla Dzieci (CHIP)

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

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

Jeśli Ty lub osoby na Twoim utrzymaniu jesteście już zapisani do programu Medicaid lub CHIP i mieszkacie w stanie wymienionym poniżej, skontaktuj się z biurem Medicaid lub CHIP w swoim stanie, aby dowiedzieć się, czy przysługuje Ci pomoc w opłacaniu składek.

Jeśli Ty lub osoby na Twoim utrzymaniu NIE jesteście obecnie objęci programem Medicaid lub CHIP i uważasz, że Ty lub ktokolwiek z Twoich bliskich może kwalifikować się do któregoś z tych programów, skontaktuj się z biurem Medicaid lub CHIP w swoim stanie lub zadzwoń pod numer 877-KIDS NOW albo odwiedź stronę www.insurekidsnow.gov, aby dowiedzieć się, jak złożyć wniosek. Jeśli się kwalifikujesz, zapytaj swój stan, czy oferuje program, który może pomóc Ci w opłacaniu składek na plan sponsorowany przez pracodawcę.

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

Poniższa lista stanów jest aktualna na dzień 31 stycznia 2026 r. Aby uzyskać więcej informacji na temat kwalifikowalności, skontaktuj się ze swoim stanem.

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

Aby sprawdzić, czy w Twoim stanie obowiązuje program pomocy w opłacaniu składek lub uzyskać więcej informacji na temat specjalnych praw do zapisu, skontaktuj się z:

Departament Pracy USA Departament Zdrowia i Opieki Społecznej USA

Centra Administracji Bezpieczeństwa Świadczeń Pracowniczych dla Usług Medicare i Medicaid

www.dol.gov/agencies/ebsa www.cms.hhs.gov

866-444-EBSA (3272)

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

Twoje dane. Twoje prawa. Nasze obowiązki.

Niniejsza informacja opisuje, w jaki sposób Twoje dane medyczne mogą być wykorzystywane i ujawniane oraz jak możesz uzyskać do nich dostęp. Prosimy o dokładne zapoznanie się z treścią niniejszej informacji.

Twoje prawa	
Masz prawo do:	• Uzyskaj kopię swojej dokumentacji medycznej i roszczeń • Popraw swoją dokumentację medyczną i roszczenia • Poproś o poufną komunikację • Poproś nas o ograniczenie udostępnianych przez nas informacji • Pobierz listę osób, z którymi dzieliliśmy się Twoimi informacjami • Pobierz kopię niniejszej informacji o ochronie prywatności • Wybierz kogoś, kto będzie działał w Twoim imieniu • Złóż skargę, jeśli uważasz, że Twoje prawa do prywatności zostały naruszone
Twoje wybory	
Masz możliwość wyboru sposobu, w jaki wykorzystujemy i udostępniamy informacje tak jak my:	• Odpowiedz na pytania dotyczące zasięgu zadawane przez rodzinę i znajomych • Zapewnienie pomocy w przypadku katastrof • Promować nasze usługi i sprzedawać Twoje dane
Nasze zastosowania i ujawnienia	
Możemy wykorzystywać i udostępniać Twoje dane w następujący sposób:	• Pomoc w zarządzaniu otrzymywaną opieką zdrowotną • Zarządzać naszą organizacją • Zapłać za swoje usługi zdrowotne • Zarządzać swoim planem zdrowotnym • Pomoc w kwestiach zdrowia publicznego i bezpieczeństwa • Przeprowadź badania • Przestrzegać prawa • Reaguj na donację narządów i tkanek prośby i współpraca z lekarzem sądowym lub dyrektorem zakładu pogrzebowego • Zajmowanie się odszkodowaniami pracowniczymi, egzekwowaniem prawa i innymi prośbami rządowymi • Reagowanie na pozwy i działania prawne

Twoje prawa

W odniesieniu do informacji o Twoim zdrowiu przysługują Ci określone prawa. W tej sekcji wyjaśniamy Twoje prawa i niektóre z naszych obowiązków, aby Ci pomóc.

Uzyskaj kopię dokumentacji medycznej i roszczeń

- Możesz poprosić o wgląd lub kopię swojej dokumentacji medycznej i dokumentacji roszczeń oraz innych informacji medycznych, które posiadamy na Twój temat. Zapytaj nas, jak to zrobić.
- Dostarczymy kopię lub podsumowanie Twojej dokumentacji medycznej i roszczeń, zazwyczaj w ciągu 30 dni od złożenia wniosku. Możemy naliczyć rozsądną opłatę, uzależnioną od kosztów.

Poproś nas o korektę dokumentacji medycznej i roszczeń

- Możesz poprosić nas o poprawienie Twojej dokumentacji medycznej i ubezpieczeniowych, jeśli uważasz, że są nieprawidłowe lub niekompletne. Zapytaj nas, jak to zrobić.
- Możemy odmówić spełnienia Twojego wniosku, ale w ciągu 60 dni poinformujemy Cię o tym na piśmie.

Poproś o poufną komunikację

- Możesz poprosić nas o kontakt w określony sposób (np. telefon domowy lub służbowy) lub aby wysłać pocztą na inny adres.
- Rozpatrzymy wszystkie uzasadnione prośby i musimy odpowiedzieć „tak”, jeśli powiesz nam, że chcesz w niebezpieczeństwie, jeśli tego nie zrobimy.

Poproś nas o ograniczenie tego, czego używamy lub udostępniamy

- Możesz poprosić nas o nieużywanie lub nieudostępnianie określonych informacji zdrowotnych na potrzeby leczenia, płatności lub naszej działalności.
- Nie jesteśmy zobowiązani do wyrażenia zgody na Twoją prośbę i możemy powiedzieć „nie”, jeśli będzie to miało wpływ Twoja opieka.

Pobierz listę osób, z którymi udostępniliśmy informacje

- Możesz poprosić o listę (wyliczenie) przypadków, w których udostępnialiśmy informacje o Twoim zdrowiu w ciągu sześciu lat przed datą, w której zwróciłeś się z prośbą, wraz z informacją o tym, komu je udostępnialiśmy i dlaczego.
- Będziemy uwzględniać wszystkie informacje, z wyjątkiem tych dotyczących leczenia, płatności i operacji opieki zdrowotnej, a także niektórych innych informacji (takich jak te, o które nas poprosiłeś). Będziemy bezpłatnie udostępniać jedno sprawozdanie finansowe rocznie, ale pobierzemy rozsądną, opartą na kosztach opłatę, jeśli poprosisz o kolejne w ciągu 12 miesięcy.

Uzyskaj kopię niniejszej informacji o ochronie prywatności

Możesz poprosić o papierową kopię niniejszego zawiadomienia w dowolnym momencie, nawet jeśli wyraziłeś zgodę na otrzymywanie go drogą elektroniczną. Niezwłocznie prześlemy Ci kopię papierową.

Wybierz kogoś, kto będzie działał w Twoim imieniu

- Jeśli udzieliłeś komuś pełnomocnictwa do dysponowania dokumentami medycznymi lub ktoś jest Twoim prawnym opiekunem, osoba ta może wykonywać Twoje prawa i podejmować decyzje dotyczące Twoich danych medycznych.
- Przed podjęciem decyzji upewnimy się, że dana osoba ma takie uprawnienia i może działać w Twoim imieniu.
jakikolwiek działanie.

Złóż skargę, jeśli uważasz, że Twoje prawa zostały naruszone

- Jeśli uważasz, że naruszyliśmy Twoje prawa, możesz złożyć skargę, kontaktując się z nami za pomocą poniższych danych.
- Możesz złożyć skargę do Biura ds. Praw Obywatelskich Departamentu Zdrowia i Opieki Społecznej Stanów Zjednoczonych, wysyłając list na adres: 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201, dzwoniąc pod numer 877-696-6775 lub odwiedzając stronę www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/skargi/.
- Nie będziemy podejmować wobec Ciebie żadnych działań odwetowych za złożenie skargi.

Twoje wybory

W przypadku niektórych informacji zdrowotnych możesz nam powiedzieć, jakie masz preferencje dotyczące tego, co udostępniamy. Jeśli masz wyraźne preferencje co do sposobu udostępniania Twoich danych w sytuacjach opisanych poniżej, skontaktuj się z nami. Powiedz nam, czego od nas oczekujesz, a my zastosujemy się do Twoich instrukcji.

W takich przypadkach masz prawo i możliwość wyboru, aby nas o tym poinformować:

- Udostępniaj informacje rodzinie, bliskim znajomym lub innym osobom zaangażowanym w proces płatności Twoja opieka
- Udostępnianie informacji w sytuacjach kryzysowych

- Skontaktujemy się z Tobą w sprawie zbiórki funduszy
- Umieść swoje dane w spisie szpitalnym

Jeśli nie możesz nam powiedzieć o swoich preferencjach, na przykład jeśli jesteś nieprzytomny, możemy udostępnić Twoje dane, jeśli uznamy, że leży to w Twoim najlepszym interesie. Możemy również udostępnić Twoje dane, gdy będzie to konieczne, aby zminimalizować poważne i bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia lub bezpieczeństwa.

W takich przypadkach nigdy nie udostępniamy Twoich danych bez Twojej pisemnej zgody:

- Cele marketingowe
- Sprzedaż Twoich danych
- Większość udostępniania notatek z psychoterapii

Nasze zastosowania i ujawnienia

W jaki sposób zazwyczaj wykorzystujemy lub udostępniamy Twoje informacje medyczne?

Informacje o Twoim zdrowiu wykorzystujemy i udostępniamy zazwyczaj w następujący sposób.

Pomóż zarządzać otrzymywaną opieką zdrowotną

Możemy wykorzystać informacje o Twoim zdrowiu i udostępnić je lekarzom, którzy Cię leczą.

Przykład: Lekarz przesyła nam informacje o Twojej diagnozie i planie leczenia, abyśmy mogli zorganizować dodatkowe usługi.

Zarządzaj naszą organizacją

- Możemy wykorzystywać i ujawniać Twoje dane w celu prowadzenia naszej organizacji i kontaktować się z Tobą, gdy zajdzie taka potrzeba.
- Nie wolno nam wykorzystywać informacji genetycznych do decydowania o tym, czy udzielimy Ci informacji. Zakres ubezpieczenia i jego cena. Nie dotyczy to planów opieki długoterminowej.

Przykład: Wykorzystujemy Twoje informacje zdrowotne w celu tworzenia lepszych usług dla Ciebie.

Zapłać za swoje usługi zdrowotne

Możemy wykorzystywać i ujawniać Twoje dane medyczne w ramach opłacania usług medycznych.

Przykład: Udostępniamy Twoje dane Twojemu planowi stomatologicznemu w celu skoordynowania płatności za leczenie stomatologiczne.

Zarządzaj swoim planem

Możemy ujawnić Twoje dane dotyczące zdrowia sponsorowi Twojego planu zdrowotnego w celu administrowania planem.

Przykład: Twoja firma zawiera z nami umowę na dostarczenie planu zdrowotnego, a my dostarczamy Twojej firmie pewne statystyki wyjaśniające wysokość pobieranych przez nas składek.

W jaki inny sposób możemy wykorzystać lub udostępnić Twoje informacje medyczne?

Mamy prawo lub obowiązek udostępniać Twoje dane w inny sposób – zazwyczaj w sposób służący dobru publicznemu, taki jak zdrowie publiczne i badania naukowe. Zanim będziemy mogli udostępnić Twoje dane w tych celach, musimy spełnić szereg warunków prawnych. Więcej informacji znajdziesz na stronie: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Pomoc w kwestiach zdrowia publicznego i bezpieczeństwa

Możemy udostępniać Twoje dane dotyczące zdrowia w określonych sytuacjach, takich jak:

- Zapobieganie chorobom
- Pomoc w przypadku wycofywania produktów
- Zgłaszanie działań niepożądanych leków
- Zgłaszanie podejrzenia nadużycia, zaniedbania lub przemocy domowej
- Zapobieganie lub ograniczanie poważnego zagrożenia dla zdrowia lub bezpieczeństwa kogokolwiek

Przeprowadź badania

Możemy wykorzystywać Twoje dane i udostępniać je na potrzeby badań medycznych.

Przestrzegać prawa

Udostępnimy Twoje dane, jeśli będą tego wymagać przepisy stanowe lub federalne, w tym Departamentowi Zdrowia i Opieki Społecznej, jeśli będzie chciał sprawdzić, czy przestrzegamy federalnych przepisów o ochronie prywatności.

Odpowiadaj na prośby o oddanie narządów i tkanek oraz współpracuj z lekarzem sądowym lub dyrektorem zakładu pogrzebowego

- Możemy udostępniać Twoje dane medyczne organizacjom zajmującym się pobieraniem narządów.
- W przypadku śmierci osoby możemy udostępnić informacje dotyczące stanu zdrowia koronerowi, lekarzowi sądowemu lub dyrektorowi zakładu pogrzebowego.

Zajmowanie się odszkodowaniami pracowniczymi, egzekwowaniem prawa i innymi prośbami rządowymi

Możemy wykorzystywać i udostępniać Twoje dane medyczne:

- W przypadku roszczeń z tytułu odszkodowania za wypadek przy pracy
- Do celów egzekwowania prawa lub w porozumieniu z funkcjonariuszem organów ścigania
- Z agencjami nadzorującymi służbę zdrowia w zakresie działań dozwolonych przez prawo
- Do specjalnych funkcji rządowych, takich jak wojsko, bezpieczeństwo narodowe i służby ochrony prezydenta

Reaguj na pozwy i działania prawne

Możemy udostępniać Twoje dane medyczne w odpowiedzi na nakaz sądowy lub administracyjny albo w odpowiedzi na wezwanie sądowe.

Nasze obowiązki

- Zgodnie z prawem jesteśmy zobowiązani do zachowania prywatności i bezpieczeństwa Twoich chronionych danych zdrowotnych i informacji.
- Niezwłocznie Cię powiadomimy, jeśli nastąpi naruszenie, które może narazić na szwank prywatność lub bezpieczeństwo Twoich danych.
- Musimy przestrzegać obowiązków i praktyk dotyczących prywatności opisanych w niniejszej informacji i zapewnić Ci jego kopię.
- Nie będziemy wykorzystywać ani udostępniać Twoich danych w sposób inny niż opisany tutaj, chyba że poinformujesz nas o tym na piśmie. Jeśli to zrobisz, możesz w każdej chwili zmienić zdanie. Poinformuj nas o tym na piśmie, jeśli zmienisz zdanie.

Więcej informacji znajdziesz na stronie: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/uwagapp.html.

Zmiany w Warunkach niniejszej Informacji

Możemy zmienić warunki niniejszego powiadomienia, a zmiany te będą miały zastosowanie do wszystkich informacji, które posiadamy na Twój temat. Nowe powiadomienie będzie dostępne na żądanie na naszej stronie internetowej, a jego kopię wyślemy Ci pocztą.

Październik 2018

Tyema Sanchez

Inspektor ochrony prywatności

215-568-3262, wew. 1400

Prawa do kontynuacji ubezpieczenia w ramach ustawy COBRA

Otrzymujesz to powiadomienie, ponieważ niedawno uzyskałeś ubezpieczenie w ramach grupowego planu zdrowotnego (dalej „Plan”). Niniejsze powiadomienie zawiera ważne informacje na temat Twojego prawa do kontynuacji ubezpieczenia COBRA, czyli tymczasowego przedłużenia ubezpieczenia w ramach Planu. Niniejsze powiadomienie wyjaśnia, na czym polega kontynuacja ubezpieczenia COBRA, kiedy może ono być dostępne dla Ciebie i Twojej rodziny oraz co musisz zrobić, aby chronić swoje prawo do niego. Gdy uzyskasz prawo do COBRA, możesz również uzyskać prawo do innych opcji ubezpieczenia, które mogą być tańsze niż kontynuacja ubezpieczenia COBRA.

Prawo do kontynuacji ubezpieczenia COBRA zostało ustanowione na mocy ustawy federalnej Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act z 1985 roku (COBRA). Kontynuacja ubezpieczenia COBRA może stać się dostępna dla Ciebie i innych członków Twojej rodziny, gdy grupowe ubezpieczenie zdrowotne w innym przypadku wygaśnie. Aby uzyskać więcej informacji na temat Twoich praw i obowiązków wynikających z Planu i prawa federalnego, zapoznaj się z jego skróconym opisem lub skontaktuj się z Administratorem Planu.

W przypadku utraty grupowego ubezpieczenia zdrowotnego mogą być dostępne inne opcje.

Na przykład, możesz kwalifikować się do zakupu indywidualnego planu za pośrednictwem Giełdy Ubezpieczeń Zdrowotnych (Health Insurance Marketplace). Rejestrując się w ramach Giełdy, możesz kwalifikować się do niższych kosztów miesięcznych składek i niższych wydatków własnych. Dodatkowo, możesz kwalifikować się do 30-dniowego specjalnego okresu zapisu do innego grupowego planu zdrowotnego, do którego jesteś uprawniony (np. planu dla małżonka), nawet jeśli ten plan zazwyczaj nie akceptuje osób zapisujących się później.

Na czym polega kontynuacja ubezpieczenia COBRA?

Kontynuacja ubezpieczenia COBRA to kontynuacja ubezpieczenia Planu, które w przeciwnym razie zakończyłoby się z powodu zdarzenia życiowego. Nazywa się to również „zdarzeniem kwalifikującym”. Konkretne zdarzenia kwalifikujące są wymienione w dalszej części niniejszego powiadomienia. Po wystąpieniu zdarzenia kwalifikującego, kontynuacja ubezpieczenia COBRA musi zostać zaoferowana każdej osobie, która jest „uprawnionym beneficjentem”. Ty, Twój małżonek/małżonka oraz dzieci na Twoim utrzymaniu możecie zostać kwalifikującymi się beneficjentami, jeśli ubezpieczenie w ramach Planu zostanie utracone z powodu zdarzenia kwalifikującego. Zgodnie z Planem, uprawnieni beneficjenci, którzy wybiorą kontynuację ubezpieczenia COBRA, muszą opłacić kontynuację ubezpieczenia COBRA.

Jeśli jesteś pracownikiem, zostaniesz uprawnionym beneficjentem, jeśli utracisz ochronę ubezpieczeniową w ramach Planu z powodu następujących zdarzeń kwalifikujących:

- Twoje godziny pracy uległy skróceniu lub
- Twoje zatrudnienie zakończy się z jakiegokolwiek innego powodu niż rażące wykroczenie.

Jeśli jesteś małżonkiem pracownika, zostaniesz uprawnionym beneficjentem, jeśli utracisz ochronę ubezpieczeniową w ramach Planu z powodu następujących zdarzeń kwalifikujących:

- Twój małżonek umiera;
- Godziny pracy Twojego małżonka ulegają skróceniu;
- Stosunek pracy Twojego współmałżonka zakończy się z jakiegokolwiek innego powodu niż jego/jej rażące wykroczenie;
- Twój małżonek nabywa prawo do świadczeń Medicare (na podstawie Części A, Części B lub obu); lub
- Rozwiedziesz się lub będziesz prawnie oddzielony od swojego współmałżonka.

Twoje dzieci na utrzymaniu staną się uprawnionymi beneficjentami, jeśli utracą ubezpieczenie w ramach Planu z powodu następujących zdarzeń kwalifikujących:

- Zmarł rodzic-pracownik;
- Czas pracy rodzica-pracownika ulega skróceniu;
- Zatrudnienie rodzica-pracownika kończy się z jakiegokolwiek innego powodu niż jego/jej dochód brutto źle prowadzenie się;
- Rodzic-pracownik nabywa prawo do świadczeń Medicare (część A, część B lub obie);
- Rodzice rozwiedli się lub pozostają w separacji prawnej; lub
- Dziecko przestaje kwalifikować się do objęcia Planem jako „dziecko na utrzymaniu”.

Kiedy dostępna jest kontynuacja ubezpieczenia COBRA?

Plan zaoferuje kontynuację ubezpieczenia COBRA uprawnionym beneficjentom dopiero po powiadomieniu Administratora Planu o wystąpieniu zdarzenia kwalifikującego. Pracodawca musi powiadomić Administratora Planu o następujących zdarzeniach kwalifikujących:

- Zakończenie stosunku pracy lub skrócenie czasu pracy;
- Śmierć pracownika; lub
- Pracownik nabywa prawo do świadczeń Medicare (na podstawie Części A, Części B lub obu).

W przypadku wszystkich innych zdarzeń kwalifikujących (rozwód lub separacja prawna pracownika i małżonka lub utrata prawa do ubezpieczenia przez dziecko pozostające na utrzymaniu) należy powiadomić Administratora Planu w ciągu 60 dni od wystąpienia zdarzenia kwalifikującego. Powiadomienie należy przekazać do Biura Funduszu.

W jaki sposób zapewniana jest kontynuacja ubezpieczenia COBRA?

Po otrzymaniu przez Administratora Planu powiadomienia o wystąpieniu zdarzenia kwalifikującego, każdemu z uprawnionych beneficjentów zostanie zaoferowane przedłużenie ubezpieczenia COBRA. Każdy uprawniony beneficjent będzie miał niezależne prawo wyboru przedłużenia ubezpieczenia COBRA. Pracownicy objęci ubezpieczeniem COBRA mogą wybrać przedłużenie ubezpieczenia COBRA w imieniu swoich małżonków, a rodzice mogą wybrać przedłużenie ubezpieczenia COBRA w imieniu swoich dzieci.

Kontynuacja ubezpieczenia COBRA to tymczasowa kontynuacja ubezpieczenia, która zazwyczaj trwa 18 miesięcy z powodu rozwiązania stosunku pracy lub zmniejszenia liczby godzin pracy. Niektóre zdarzenia kwalifikujące lub drugie zdarzenie kwalifikujące w początkowym okresie ubezpieczenia mogą upoważniać beneficjenta do otrzymania ubezpieczenia przez maksymalnie 36 miesięcy.

Istnieją również sposoby na przedłużenie 18-miesięcznego okresu obowiązywania kontynuacji ubezpieczenia COBRA:

Przedłużenie 18-miesięcznego okresu kontynuacji ubezpieczenia COBRA z tytułu niepełnosprawności

Jeśli Ty lub ktokolwiek z Twojej rodziny objęty Planem zostanie uznany przez Ubezpieczenia Społeczne za osobę niepełnosprawną i powiadomisz o tym Administratora Planu w odpowiednim czasie, Ty i cała Twoja rodzina możecie być uprawnieni do uzyskania dodatkowych 11 miesięcy kontynuacji ubezpieczenia COBRA, maksymalnie przez 29 miesięcy. Niepełnosprawność musi rozpocząć się przed 60. dniem kontynuacji ubezpieczenia COBRA i trwać co najmniej do końca 18-miesięcznego okresu kontynuacji ubezpieczenia COBRA.

Drugie kwalifikujące zdarzenie, przedłużenie 18-miesięcznego okresu kontynuacji ochrony ubezpieczeniowej

Jeśli w Twojej rodzinie wystąpi kolejne zdarzenie kwalifikujące w ciągu 18 miesięcy obowiązywania kontynuacji ubezpieczenia COBRA, małżonek i dzieci na utrzymaniu mogą uzyskać do 18 dodatkowych miesięcy kontynuacji ubezpieczenia COBRA, maksymalnie przez 36 miesięcy, pod warunkiem, że Plan zostanie prawidłowo powiadomiony o drugim zdarzeniu kwalifikującym. To przedłużenie może być dostępne dla małżonka i dzieci na utrzymaniu korzystających z kontynuacji ubezpieczenia COBRA w przypadku śmierci pracownika lub byłego pracownika; uzyskania uprawnień do świadczeń Medicare (z Części A, Części B lub obu); rozvodu lub separacji prawnej; lub jeśli dziecko na utrzymaniu przestanie kwalifikować się do Planu jako dziecko na utrzymaniu. To przedłużenie jest dostępne tylko wtedy, gdy drugie zdarzenie kwalifikujące spowodowałoby utratę ubezpieczenia małżonka lub dziecka na utrzymaniu w ramach Planu, gdyby nie wystąpiło pierwsze zdarzenie kwalifikujące.

Czy istnieją inne opcje ubezpieczenia oprócz kontynuacji ubezpieczenia COBRA?

Tak. Zamiast zapisywać się na kontynuację ubezpieczenia COBRA, możesz skorzystać z innych opcji ubezpieczenia dla siebie i swojej rodziny w ramach Giełdy Ubezpieczeń Zdrowotnych, Medicare, Medicaid, Programu Ubezpieczenia Zdrowotnego Dzieci (CHIP) lub innych grupowych planów zdrowotnych (takich jak plan dla małżonka) w ramach tzw. „specjalnego okresu zapisów”.

Niektóre z tych opcji mogą kosztować mniej niż kontynuacja ubezpieczenia COBRA. Więcej informacji o wielu z tych opcji można znaleźć na stronie www.healthcare.gov.

Czy mogę zapisać się do programu Medicare zamiast do kontynuacji ubezpieczenia COBRA po zakończeniu mojego grupowego ubezpieczenia zdrowotnego?

Zasadniczo, jeśli nie zapiszesz się do części A lub B programu Medicare, gdy po raz pierwszy będziesz uprawniony, ponieważ nadal będziesz zatrudniony, po początkowym okresie zapisów do programu Medicare będziesz mieć 8-miesięczny specjalny okres zapisów na zapisanie się do części A lub B programu Medicare, rozpoczynający się w dniu, w którym nastąpi wcześniejszy z następujących terminów:

- Miesiąc po zakończeniu zatrudnienia; lub
- Miesiąc po zakończeniu grupowego ubezpieczenia zdrowotnego opartego na obecnym zatrudnieniu.

Jeśli nie zapiszesz się do programu Medicare i wybierzesz zamiast tego kontynuację ubezpieczenia COBRA, możesz zostać obciążony karą za późne zapisanie się do części B, a także możesz mieć przerwę w ubezpieczeniu, jeśli zdecydujesz się na część B później. Jeśli wybierzesz kontynuację ubezpieczenia COBRA i później zapiszesz się do części A lub B programu Medicare przed końcem kontynuacji ubezpieczenia COBRA, Plan może wypowiedzieć Twoją kontynuację ubezpieczenia. Jeśli jednak część A lub B programu Medicare wejdzie w życie w dniu lub przed datą wyboru COBRA, ubezpieczenie COBRA nie może zostać przerwane z powodu uprawnień Medicare, nawet jeśli zapiszesz się do innej części programu Medicare po dacie wyboru ubezpieczenia COBRA.

Jeśli jesteś objęty zarówno ubezpieczeniem kontynuacyjnym COBRA, jak i programem Medicare, Medicare zazwyczaj płaci jako pierwszy (główny płatnik), a ubezpieczenie kontynuacyjne COBRA płaci w drugiej kolejności. Niektóre plany mogą wiązać się z płatnościami drugorzędnymi w stosunku do programu Medicare, nawet jeśli nie jesteś objęty programem Medicare.

Więcej informacji znajdziesz na stronie www.medicare.gov/medicare-and-you.

Jeśli masz pytania

Pytania dotyczące Planu lub praw do kontynuacji ubezpieczenia COBRA należy kierować do osoby lub osób kontaktowych wskazanych poniżej. Aby uzyskać więcej informacji na temat praw wynikających z Ustawy o Zabezpieczeniu Dochodów Emerytalnych Pracowników (ERISA), w tym COBRA, Ustawy o Ochronie Pacjentów i Przystępnej Opiece Zdrowotnej (PAT) oraz innych przepisów dotyczących grupowych planów zdrowotnych, należy skontaktować się z najbliższym Biurem Regionalnym lub Okręgowym Administracji ds. Bezpieczeństwa Świadczeń Pracowniczych (EBSA) Departamentu Pracy Stanów Zjednoczonych w swojej okolicy lub odwiedzić stronę www.dol.gov/ebsa. (Adresy i numery telefonów biur regionalnych i okręgowych EBSA są dostępne na stronie internetowej EBSA.) Aby uzyskać więcej informacji na temat Marketplace, odwiedź stronę www.HealthCare.gov.

Informuj swój Plan o zmianach adresu

Aby chronić prawa swojej rodziny, poinformuj Administratora Planu o wszelkich zmianach adresów członków rodziny. Zachowaj również kopię wszystkich powiadomień wysłanych do Administratora Planu.

www.seiu36.com

