

CALIFORNIA SERVICE EMPLOYEES HEALTH and WELFARE TRUST FUND

828 W Washington Boulevard, Los Angeles, CA 90015
Telephone (213) 747-7551 or (877) 492-2778

Para: Los participantes de California Service Employees Health & Welfare Trust Fund
De: Junta de Fideicomiso
Ref.: Reglas de Elegibilidad que afectan a los participantes incapacitados

Las reglas le permitirán que la cobertura de salud y bienestar continúe por tiempo limitado si está incapacitado, he incapaz de trabajar suficientes horas para ganar elegibilidad. Si está incapacitado, su elegibilidad continuará aunque su empleador no este haciendo la contribución al Fondo de Fideicomiso en su nombre, siempre y cuando permanezca en incapacidad. Para poder calificar para la extensión de elegibilidad debe de estar elegible a los beneficios de salud y bienestar antes que comience su incapacidad y debe remitir una Certificación Medica escrita de su incapacidad al Fondo de Fideicomiso.

El Periodo de extensión de incapacidad dependerá de la cantidad de tiempo que estuvo elegible bajo el Fondo de Fideicomiso antes de que se incapacitara tal como se muestra abajo:

Si usted estaba elegible previamente por:	Usted y los miembros de su familia podrán continuar elegibles para los beneficios del Fondo por:
12 meses pero menos de 24 meses consecutivos cubiertos por el Plan de Fideicomiso	3 meses comenzando con el primer mes en el cual usted hubiese perdido la elegibilidad
24 meses cubiertos por el Plan de Fideicomiso	6 meses comenzando con el primer mes en el cual usted hubiese perdido la elegibilidad

Si tiene alguna pregunta llame a la oficina del Fideicomiso al (213) 747-7551 o al (877) 492-2778.

Atentamente,
JUNTA de FIDEICOMISO

CALIFORNIA SERVICE EMPLOYEES HEALTH and WELFARE TRUST FUND

828 W Washington Boulevard, Los Angeles, CA 90015
Telephone (213) 747-7551 or (877) 492-2778

DATE: _____

NAME: _____

SS#: _____

EMPLOYER: _____

RE: DETERMINATION OF DISABILITY STATUS FOR FUND PAYMENT

To Proceed with your claims, additional information is needed. Please furnish the following information in order that we may establish the disability status for FUND PAYMENT.

If you, the insured member have been unable to work because of a total disability, please have your Physician certify the nature and inclusive date of this total disability.

PLEASE HAVE YOUR PHYSICIAN COMPLETE THE PORTION BELOW

Dates of TOTAL DISABILITY (Unable to work):

FROM: _____ THROUGH: _____

Diagnosis or Nature of Illness or Injury: _____

Is this a result of injury/illness on the job: Yes _____ No _____

PHYSICIAN'S NAME, ADDRESS, ZIP CODE AND TELPHONE NUMBER:

Name: _____

Address: _____

City, State & Zip Code: _____

Telephone No: _____

Signature of Physician

Date