



# California Service Employees Health and Welfare Trust Fund

828 West Washington Blvd. • Los Angeles, CA 90015  
 (213) 747-7551 • (877) 492-2778 • (877)HWCASRV

**PARA: EMPLEADOS ELEGIBLES DEL ILWU LOCAL 10**

**RE: INSCRIPCIONES DE BIENESTAR**

Nuestros archivos indican que usted puede ser elegible para los Beneficios de Bienestar a través de su empleador y de SEIU-USWW. Para calificar para estos beneficios, debe estar empleado durante al menos 30 días y recibir un salario mínimo de 60 horas por mes.

Usted puede agregar sus dependientes elegibles para esta cobertura, que el Trust Fund (Fondo Fiduciario) define como un cónyuge legal o una pareja doméstica inscrita (comuníquese con el Trust Fund para obtener información sobre la inscripción especial), sus hijos hasta los 26 años de edad y los hijos discapacitados para los que se presenten pruebas por escrito de la discapacidad al Trust Fund. Si inscribe a su cónyuge, debe presentar una copia de su acta de matrimonio; si inscribe a sus hijos, debe presentar una copia del acta de nacimiento de cada hijo. Se deben proporcionar los números de Seguro Social de cada dependiente; sin embargo, si su(s) dependiente(s) no tiene(n) un número de Seguro Social, comuníquese con la oficina del Trust Fund para obtener información para realizar una inscripción especial.

TIPO DE BENEFICIO	DESCRIPCIÓN
<b>Beneficios médicos y de medicamentos con receta</b>	<b>Kaiser “S” beneficios médicos y de medicamentos con receta</b> Los copagos son \$0 por visita al médico, \$0 por visita a la sala de emergencias; \$5 por cada medicamento genérico y \$5 por cada medicamento de marca. Consulte el resumen del plan adjunto.
<b>Dental Plan</b>	<b>El Plan Dental de Indemnización #1 (PPO)</b> pagará el 80 % de la cantidad especificada para el procedimiento dental en la Tabla de Subsidios, pero no más que el cargo habitual, habitual y razonable (UCR) con un beneficio máximo anual de \$3,000. El tratamiento de ortodoncia está cubierto al 50 % de UCR con un beneficio máximo de por vida de \$2,000. - 0 - <b>DeltaCare USA #CAC30 (HMO)</b> que es un plan dental pre-pagada que ofrece \$0 copago para la mayoría de los servicios y se le pedirá que seleccione a un dentista del panel de su lista de proveedores participantes para recibir los beneficios con cobertura.
<b>Seguro de visión</b>	<b>Vision Service Plan (VSP) #C</b> es un plan para la visión ampliamente aceptado por la mayoría de los proveedores de atención de los ojos y ofrece exámenes de los ojos de rutina, anteojos graduados O lentes de contacto, además de descuentos en la corrección de la visión con láser.
<b>Seguro de vida</b>	Usted es elegible para seguro de vida por <b>\$5,000</b> y sus dependientes cubiertas son elegibles para el seguro de vida por \$2,500 como parte de sus beneficios de salud y bienestar a través del Trust Fund. Su beneficio de seguro de vida permanecerá vigente cada mes con cobertura que sea elegible. Para calificar para el beneficio de seguro de vida, debe ser elegible en el mes de fallecimiento.

Complete, **firma** y envíe el formulario de inscripción adjunto con los documentos requeridos y la tarjeta de designación de beneficiarios. **Su aseguranza no será activado sin su información completo de inscripciones.**

Llame a la oficina del Fondo Fiduciario al (213) 747-7551 o sin costo al (877) 492-2778 si tiene alguna pregunta.

***La recepción de este aviso no constituye una determinación de su elegibilidad.***

*Según los requisitos para informes de la Ley de seguridad de los ingresos por jubilación de los empleados (Employee Retirement Income Security Act, ERISA), este documento sirve como su Resumen de modificaciones importantes al Plan, y le estamos avisando de que este Plan cambia en un plazo de 60 días desde la adopción de esos cambios.*