



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: PARTICIPANTES ELEGIBLES DEL PLAN QUE TRABAJAN EN EL DODGERS STADIUM

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. La cobertura del Fondo Fiduciario se ofrece a todos los empleados elegibles que han estado empleados durante al menos 30 días y han trabajado y/o recibido un salario mínimo de 90 horas al 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	Porción mensual del empleado
Beneficios médicos y de medicamentos con receta	<p>Kaiser “C-7” beneficios médicos y de medicamentos con receta Los copagos son \$20 por visita al médico, \$50 por visita a la sala de emergencias; \$10 por cada medicamento genérico y \$20 por cada medicamento de marca. Consulte el resumen del plan adjunto.</p> <p>- o -</p> <p>Kaiser “A” beneficios médicos y de medicamentos con receta 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.</p>	<p><i>Comuníquese con su empleador para obtener su porción mensual de los beneficios enumerados.</i></p> <p><i>Para optar por no recibir estos beneficios, vaya a la página 2 de esta carta para obtener más información.</i></p>
Dental Plan	<p>El Plan Dental de Indemnización #1 (PPO) 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.</p> <p>- o -</p> <p>DeltaCare USA #CAC30 (HMO) 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.</p>	
Seguro de visión	<p>Vision Service Plan (VSP) #C 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.</p>	
Seguro de vida	<p>Usted es elegible para seguro de vida por \$1,000 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.</p>	

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

El acuerdo también le ofrece ahora la opción de no recibir los beneficios (opción de exclusión, Opt Out) del Trust Fund si ya cuentan con otra cobertura alternativa vigente que sea admisible que adquirió recientemente. Para excluirse de los planes de Trust Fund, debe presentar el formulario de opción de exclusión adjunto y acompañarlo del certificado de cobertura admisible (Creditable Coverage Certificate) de su otra compañía aseguradora. Este certificado debe demostrar que usted, el empleado, tiene cobertura vigente en el momento en que está optando por la exclusión de los beneficios del Trust Fund. Cuando usted haya elegido la opción de exclusión, usted y sus dependientes no tendrán ninguno de los beneficios del Trust Fund.

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.



California Service Employees Health and Welfare Trust Fund

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

FORMULARIO DE EXCLUSIÓN

Complete este formulario en el caso de que no desee inscribirse o desea darse de quiera cancelar su inscripción en el plan de beneficios de salud y bienestar ofrecido por el Fondo Fiduciario ("Fondo Fiduciario") de Salud y Bienestar para los Empleados de Servicios de California. Este formulario solo puede ser completado por un empleado cuyo acuerdo de negociación colectiva (collective bargaining agreement or "CBA") permita declinar u optar por no recibir la cobertura ofrecida por el Fondo Fiduciario.

Yo, el abajo firmante, por la presente certifico bajo pena de perjurio que las siguientes declaraciones son verdaderas y correctas:

- 1) Se me ha dado la oportunidad de inscribirme y participar en el plan de beneficios de salud y bienestar ofrecido por el Fondo Fiduciario.
- 2) Decido voluntariamente declinar la participación y quedar excluido de la cobertura médica, dental y de la visión ofrecida por el Fondo Fiduciario.
- 3) Confirmo que cuando renuncia, el Fondo Fiduciario **no** extenderá ningún beneficio de salud y bienestar a mi persona ni a ninguno de mis dependientes.
- 4) He obtenido otra cobertura de atención médica de otro proveedor. Entiendo que debe proporcionar esta prueba de cobertura médica para poder renunciar al plan de beneficios.
- 5) Además confirmo que si deseo inscribirme en el futuro en la cobertura de salud y bienestar ofrecida por el Fondo Fiduciario, debo notificarlo a Fondo Fiduciario en los sesenta (60) días siguientes a la pérdida de mi otra cobertura de atención médica, excepto que si soy elegible para Medicare, no se me permitirá volver a optar al plan de beneficios de salud y bienestar ofrecido por el Fondo Fiduciario

Nombre del empleado: _____
[Imprima claramente.]

Número de Seguro Social: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Nombre del empleador: _____

Firma del empleado: _____

Fecha: _____

PARA USO EXCLUSIVO DEL FONDO.

Opt Out: Approved _____ Denied _____ Effective Date: _____

Reason for Denying Request:

LAS INSTRUCCIONES

Debe completar este formulario para optar por no recibir la cobertura de atención médica ofrecida por el Fondo Fiduciario (Trust Fund) de Salud y Bienestar de los Empleados de Servicio de California.

Tome nota de que su empleador y el acuerdo de negociación colectiva pueden tener requisitos o términos adicionales para optar por no participar en la cobertura del Fondo Fiduciario. Por esa razón, se le aconseja que revise su acuerdo de negociación colectiva antes de presentar este formulario.

Debe enviar este formulario a la Oficina del Fondo Fiduciario y a su empleador.

Si desea volver a inscribirse en la cobertura del Fondo Fiduciario, consulte su acuerdo de negociación colectiva para obtener información sobre elegibilidad.

Puede obtener este formulario comunicándose con su empleador u oficina sindical o llamando a la Oficina del Fondo Fiduciario sin costo al (877) 492-2778 o yendo a la Oficina del Fondo Fiduciario dentro del edificio del SEIU-USWW ubicado en 828 Washington Blvd., Los Ángeles CA.

Si pierde cobertura a través de su otro seguro médico, debe comunicarse con la Oficina del Fondo Fiduciario en un plazo de 60 días a partir de la fecha en que se perdió la cobertura para poder inscribirse nuevamente en la cobertura del Fondo Fiduciario. Los miembros elegibles para Medicare no podrán optar de nuevo a la cobertura del Fondo Fiduciario.

Para obtener más información, llame la Oficina del Fondo Fiduciario al (213) 747-7551 o sin costo al (877) 492-2778 y revise los términos de su acuerdo de negociación colectiva.