



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: TODOS LOS EMPLEADOS DE SEGURIDAD ELEGIBLES

RE: INSCRIPCIÓN EN SALUD Y 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 90 días y han trabajado y/o recibido un salario mínimo de 130 horas al mes.

TIPO DE BENEFICIO	DESCRIPCIÓN
Kaiser \$500 plan HMO con deducible (DHMO) beneficios médicos y de medicamentos con receta	Deducible del plan anual de \$500 por persona o \$1.000 por familia. Los copagos son de \$20 por visita al médico, 20% de coseguro por visita a la sala de emergencia después de que se cumpla el deducible del plan. Copago Rx genérico de \$10 en una farmacia del plan o \$20 a través del servicio de pedidos por correo. Copago Rx de \$30 en una farmacia del Plan o \$60 a través del servicio de pedidos por correo.

Puede inscribir a sus dependientes elegibles en esta cobertura con un costo mensual adicional a través de la deducción de la nómina. Póngase en contacto con su empleador para conocer el costo exacto.

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.

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.**

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.