



Plan medyczny dla emerytów (Członkowie LIUNA)

Przeczytaj uważnie poniższe informacje.

Musisz przedłożyć kopię listu o przyznaniu emerytury (Pension Award Letter), który otrzymałeś od Międzynarodowego Związku Robotników Ameryki Północnej (LIUNA), który wskazuje datę wejścia w życie twojej emerytury.

Ponadto, wymienione poniżej formularze należy wypełnić w całości i odesłać do Biura Funduszu wraz z kopią listu o przyznaniu emerytury. Formularze to:

- Formularz Wyboru Zgłoszenia (Enrollment Election Form)
- Formularz umowy o samopłacenie składek (Premium Self-Payment Agreement Form)
- Oświadczenie o przyznaniu Medicare (do wypełnienia przez Ciebie)
- Oświadczenie o przyznaniu Medicare (do wypełnienia przez współmałżonka, jeśli jesteś w związku małżeńskim)

Ubezpieczenie w ramach Emerytalnego Planu Medycznego zostanie Ci zaoferowane tylko raz - przy pierwszym ubieganiu się o świadczenia emerytalne. Jeśli zdecydujesz się nie zapisywać do tego ubezpieczenia w tym czasie lub zaprzestaniesz tego ubezpieczenia, nie możesz zarejestrować się ani próbować ponownie zarejestrować się w późniejszym terminie.

Twoje składki są płatne pierwszego dnia każdego miesiąca, z 30-dniowym okresem karencji. Jeśli płatność nie wpłynie w terminie, wszystkie świadczenia przestaną obowiązywać natychmiast. Po wygaśnięciu ubezpieczenia w ramach planu opieki medycznej dla emerytów nie można go przywrócić.

Gdy ty lub twój współmałżonek kwalifikujecie się do Medicare, musicie się zarejestrować. Po zarejestrowaniu się należy przedłożyć kopię swojej karty Medicare, która wskazuje daty wejścia w życie części A i B Medicare, do biura Funduszu. Jeśli nie zarejestrujesz się, gdy Ty lub Twój współmałżonek jesteście do tego uprawnieni, Biuro Funduszu zmniejszy wszelkie należne świadczenia o kwotę którą zapłaciłoby Medicare.

Jeśli Ty lub Twój współmałżonek wybieriecie ubezpieczenie na leki na receptę Medicare Cz D, ubezpieczenie na leki na receptę w ramach Planu wygaśnie. Po wygaśnięciu wdrożenia nie można go przywrócić. Ponadto Twoja miesięczna składka nie zostanie zmniejszona.

Wszelkie pytania dotyczące zapisów do Planu Medycznego dla Emerytów można kierować do Działu Obsługi klienta, wew. 510.

Chicago & Vicinity Laborers' District Council
Retiree Health & Welfare Fund

RETIREE MEDICAL COVERAGE
ENROLLMENT ELECTION FORM
FORMULARZ WYBORU ZGŁOSZENIA

Twoje imię i nazwisko<	Twoja data urodzenia<	Numer ID Uczestnika<
Imię i nazwisko współmałżonka:	Data urodzenia współmałżonka	SSN
Imię i nazwisko dziecka na utrzymaniu:	Data urodzenia dziecka:	SSN
Imię i nazwisko dziecka na utrzymaniu:	Data urodzenia dziecka:	SSN
Imię i nazwisko dziecka na utrzymaniu:	Data urodzenia dziecka:	SSN

Twój adres: _____

Miasto/Stan/Kod pocztowy: _____

WYBÓR ZAKRESU UBEZPIECZENIA

Chcę przystąpić do Planu Medycznego dla Emerytów (Retiree Medical Plan).

- Departament Wniosków określi Twoje uprawnienia do udziału w odpowiednim Planie Medycznym dla Emerytów.
- Kiedy osiągniesz wiek 65 lub staniesz się niepełnosprawny i kwalifikujesz się do Medicare, musisz zapisać się do części B Medicare. Składka w wysokości 174.70 USD (na 1 stycznia 2024r.) zostanie odliczona od Twojego czeku Social Security.
- Jeśli jesteś obecnie zapisany do Medicare Risk HMO, ale chcesz być objęty tym Planem, musisz opuścić Medicare Risk HMO i wypełnić te formularze rejestracyjne.
- Miesięczny koszt składki na opiekę medyczną emeryta jest uzależniony od liczby lat uczestnictwa w Laborers' Welfare Fund uzyskanych w momencie przejścia na emeryturę. Składka za ubezpieczenie tylko dla emerytów jest podwojona w przypadku ubezpieczenia rodzinnego (obejmuje emeryta, współmałżonka i uprawnione osoby pozostające na utrzymaniu). Aby wziąć udział w tym Planie, należy wypełnić załączony "Formularz umowy o samopłacenie składki", który zawiera listę stawek obowiązujących w tym czasie. Stawki składek są corocznie weryfikowane i mogą ulec zmianie.

Odmawiam zapisania się do Planu Medycznego dla Emerytów (Retiree Medical Plan).

- Rozumiem, że mam tylko jedną możliwość zapisania się do ubezpieczenia medycznego dla emerytów i że jeśli odmówię rejestracji, nie będę mógł zapisać się później.
- Rozumiem, że jeśli mam więcej niż 50 lat, będę objęty planem podstawowej opieki medycznej dla emerytów bez żadnych kosztów do 65 roku życia.
- Rozumiem, że jeśli mam mniej niż 50 lat, NIE będę objęty planem podstawowej opieki medycznej dla emerytów. (Renciści, którzy NIE są w wieku emerytalnym, NIE otrzymują podstawowego ubezpieczenia emerytalnego.)
- Rozumiem, że po wygaśnięciu mojego banku godzin może mi również zostać zaoferowane ubezpieczenie w ramach programu COBRA zamiast w ramach podstawowego planu ubezpieczenia emerytalnego.

- Rozumiem, że jeśli odmówię objęcia ubezpieczeniem emerytalnym (Retiree Medical Coverage Plan), nie będę mógł zapisać się w przyszłości.
- Rozumiem, że jeśli w tej chwili odmówię ubezpieczenia moich uprawnionych osób pozostających na utrzymaniu, mogę dodać je w przyszłości, ale ubezpieczenie ich będzie podlegać wyższym stawkom składek.

Podpis: _____

Data: _____

FUND OFFICE USE ONLY:

RETIREE MEETS THE ELIGIBILITY REQUIREMENTS UNDER RETIREE MEDICAL PLAN # _____ INITIALS _____
 DEPENDENTS MEET THE ELIGIBILITY REQUIREMENTS FOR BENEFIT COVERAGE _____ Yes _____ No 02/2012 form

Chicago & Vicinity Laborers' District Council

Retiree Health & Welfare Fund

RETIREE MEDICAL COVERAGE PREMIUM SELF-PAYMENT AGREEMENT FORM FORMULARZ UMOY Y O SAMOP/ AEENIE SM/ AFEM

Imię i Nazwisko: _____	Nr ID Członka: _____
Adres: _____	
Miasto/Stan/Kod pocztowy: _____	

Stawki składek emerytalnego planu medycznego są weryfikowane co roku i mogą ulec zmianie zgodnie z zatwierdzeniem Rady Powierniczej. Następujące składki są przeznaczone dla emerytów, których emerytura weszła w życie po **1 stycznia 2005 r.** (oraz od 1 marca 2003 r. do 31 grudnia 2004 r., jeśli nie kwalifikują się zgodnie z przepisami obowiązującymi w tym czasie):

Liczba lat uczestnictwa*	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	*liczba lat uczestnictwa w Funduszu Świadczeń Pracowniczych liczona jako 800 godzin zgłoszonych do Funduszu Świadczeń Pracowniczych w roku podatkowym (od 1 czerwca do 31 maja)
Składka: tylko na emeryta	200	180	160	140	120	100	90	80	70	60	
Składka: emeryt i osoby pozostające na utrzymaniu	400	360	320	280	240	200	180	160	140	120	

Liczba lat uczestnictwa*	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35 lub więcej	BASIC Coverage
Składka: tylko na emeryta	50	45	40	35	30	25	20	15	10	5	0	0
Składka: emeryt i osoby pozostające na utrzymaniu	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0	0

Rozumiem, że podana kwota składki jest kwota szacunkową opartą na mojej aktualnie dostępnej ewidencji godzin w Laborers' Welfare Fund.

Rozumiem, że muszę co miesiąc opłacać składki na Laborers' Welfare Fund. Moja składka jest płatna pierwszego dnia miesiąca okresu ubezpieczenia.

Rozumiem, że te składki są kwalifikującymi się wydatkami na opiekę zdrowotną podlegającymi zwrotowi

Rozumiem, że powyższe składki mogą zostać w dowolnym momencie podwyższone przez Radę Powierniczą.

Rozumiem, że wszelkie pytania dotyczące opieki medycznej emeryta należy kierować do Działu Obsługi Klienta Laborers' Welfare Fund.

- Wybieram: **Ubezpieczenie tylko dla Emeryta**
- Ubezpieczenie rodzinne** (dla emeryta, współmałżonka i uprawnionych osób na utrzymaniu)
- Ubezpieczenie tylko dla osób pozostających na utrzymaniu** (wyłącznie dla żyjącego współmałżonka i uprawnionych osób pozostających na utrzymaniu)

Wyrażam zgodę na terminowe wpłacanie składek na rzecz Chicago Laborers' Welfare Fund. **Rozumiem, że jeśli nie dokonam wymaganej miesięcznej płatności w ciągu 30 dni od terminu płatności, mój emerytalny plan medyczny zostanie trwale zakończony i nie będzie można go przywrócić.**

Podpis: _____

Data: _____

FUND USE OFFICE ONLY:

RETIREE MEETS THE ELIGIBILITY REQUIREMENTS UNDER RETIREE MEDICAL PLAN # _____ INITIALS _____

Chicago & Vicinity Laborers' District Council
Retiree Health & Welfare Fund

RETIREE MEDICAL COVERAGE
PARTICIPANT'S MEDICARE AWARD STATEMENT
OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA O PRZYZNANIU MEDICARE

Imię i Nazwisko:	Number ID Uczestnika:
Adres: _____	
Miasto/Stan/Kod pocztowy: _____	

Opieka medyczna emeryta w ramach Laborers' Welfare Fund musi być skoordynowana z jakąkolwiek wypłatą świadczeń opieki zdrowotnej w ramach Medicare przez Administrację Social Security lub innego ubezpieczyciela.

Niniejszym informuję Laborers' Pension and Welfare Funds o moich uprawnieniach do Medicare w Administracji Social Security (Proszę zaznaczyć JEDNO z poniższych pól.)

- Jestem objęty planem Medicare. W załączeniu przesyłam kopię mojej karty Medicare, na której widać wpis do Medicare części B lub C.
- Zostałem zatwierdzony do świadczeń z tytułu niezdolności do pracy z Administracji Social Security, ale nie jestem jeszcze objęty Medicare. W załączeniu kopia mojego listu z tytułu przyznania Social Security. Prześlę kopię mojej karty Medicare wskazującą na przystąpienie do części B lub C Medicare. Medicare rozpocznie się dnia _____.
- Nie będę objęty ubezpieczeniem Medicare do wieku 65 lat. Albo nie złożyłem wniosku, albo złożyłem wniosek i odmówiono mi przyznania świadczeń z tytułu niezdolności do pracy z Administracji Social Security. W załączeniu kopia mojego listu odmownego.
- Złożyłem wniosek o rentę inwalidzką lub odwołałem się od odmowy przyznania świadczeń z Administracji Social Security, ale nie otrzymałem decyzji z Administracji Social Security. Powiadomię was, kiedy zostanie podjęta decyzja i wyślę kopię mojego listu zatwierdzającego lub odrzucającego.

Zgadzam się z następującymi stwierdzeniami:

- Rozumiem, że mam obowiązek poinformować Biuro Funduszu o moim ubezpieczeniu w ramach Medicare lub innych planach ubezpieczeniowych.
- Rozumiem, że jeśli jestem zapisany w ramach Retiree Medical Plan, muszę zapisać się do Medicare Części B (lub alternatywnie Części C) w okresie trzech miesięcy poprzedzających miesiąc, w którym uzyskam uprawnienia do Medicare.
- Rozumiem, że jeśli jestem zapisany w ramach Retiree Medical Plan, to niezłożenie wniosku o Medicare Część B (lub alternatywnie Części C) przed miesiącem, w którym po raz pierwszy kwalifikuję się (przed moimi 65. urodzinami) spowoduje opóźnienie moich świadczeń Części B Medicare i zmniejszenie moich świadczeń od Laborers' Welfare Fund. W takim przypadku będę odpowiedzialny za pokrycie poniesionych kosztów leczenia, a Fundusz zmniejszy moje świadczenia o kwotę, którą Medicare zapłaciłoby, nawet jeśli data wejścia w życie mojego świadczenia Części B Medicare jest opóźniona z powodu późnej rejestracji.
- Rozumiem, że jeśli jestem zapisany w ramach Retiree Medical Plan i wybiorę ubezpieczenie planu leków na receptę Części D Medicare to moje ubezpieczenie leków na receptę w ramach Retiree Medical Plan wygaśnie i nie będzie można go przywrócić, a moja miesięczna składka nie ulegnie zmianie.

Participant's Signature: _____

Data: _____

FUND OFFICE USE ONLY:

SUBMITTED MEDICARE CARD SHOWING ENROLLMENT IN MEDICARE PART B or C _____ Yes _____ No 02/2012 form

Chicago & Vicinity Laborers' District Council
Retiree Health & Welfare Fund

RETIREE MEDICAL COVERAGE

SPOUSE'S MEDICARE AWARD STATEMENT

OŚWIADCZENIE WSPÓŁMAŁŻONKA O PRYZNANIU MEDICARE

Imię i Nazwisko: _____	Numer Social Security małżonka: _____
Adres: _____	
Miasto/Stan/Kod pocztowy: _____	

Opieka medyczna emeryta w ramach Laborers' Welfare Fund musi być skoordynowana z jakąkolwiek wypłatą świadczeń opieki zdrowotnej w ramach Medicare przez Administrację Social Security lub innego ubezpieczyciela.

Niniejszym informuję Laborers' Pension and Welfare Funds o moich uprawnieniach do Medicare w Administracji Social Security (Proszę zaznaczyć JEDNO z poniższych pól.)

- Jestem objęty planem Medicare. W załączeniu przesyłam kopię mojej karty Medicare, na której widać wpis do Medicare części B lub C.

- Zostałem zatwierdzony do świadczeń z tytułu niezdolności do pracy z Administracji Social Security, ale nie jestem jeszcze objęty Medicare. W załączeniu kopia mojego listu z tytułu przyznania Social Security. Prześlę kopię mojej karty Medicare wskazującą na przystąpienie do części B lub C Medicare. Medicare rozpocznie się dnia _____.

- Nie będę objęty ubezpieczeniem Medicare do wieku 65 lat. Albo nie złożyłem wniosku, albo złożyłem wniosek i odmówiono mi przyznania świadczeń z tytułu niezdolności do pracy z Administracji Social Security. W załączeniu kopia mojego listu odmownego.

- Złożyłem wniosek o rentę inwalidzką lub odwołałem się od odmowy przyznania świadczeń z Administracji Social Security, ale nie otrzymałem decyzji z Administracji Social Security. Powiadomię was, kiedy zostanie podjęta decyzja i wyślę kopię mojego listu zatwierdzającego lub odrzucającego.

Zgadzam się z następującymi stwierdzeniami:

- Rozumiem, że mam obowiązek poinformować Biuro Funduszu o moim ubezpieczeniu w ramach Medicare lub innych planach ubezpieczeniowych.
- Rozumiem, że jeśli jestem zapisany w ramach Retiree Medical Plan, muszę zapisać się do Medicare Części B (lub alternatywnie Części C) w okresie trzech miesięcy poprzedzających miesiąc, w którym uzyskam uprawnienia do Medicare.
- Rozumiem, że jeśli jestem zapisany w ramach Retiree Medical Plan, to niezłożenie wniosku o Medicare Część B (lub alternatywnie Części C) przed miesiącem, w którym po raz pierwszy kwalifikuję się (przed moimi 65. urodzinami) spowoduje opóźnienie moich świadczeń Części B Medicare i zmniejszenie moich świadczeń od Laborers' Welfare Fund. W takim przypadku będę odpowiedzialny za pokrycie poniesionych kosztów leczenia, a Fundusz zmniejszy moje świadczenia o kwotę, którą Medicare zapłaciłoby, nawet jeśli data wejścia w życie mojego świadczenia Części B Medicare jest opóźniona z powodu późnej rejestracji.
- Rozumiem, że jeśli jestem zapisany w ramach Retiree Medical Plan i wybiorę ubezpieczenie planu leków na receptę Części D Medicare to moje ubezpieczenie leków na receptę w ramach Retiree Medical Plan wygaśnie i nie będzie można go przywrócić, a moja miesięczna składka nie ulegnie zmianie.

Podpis współmałżonka:

Data:

FUND OFFICE USE ONLY:

SUBMITTED MEDICARE CARD SHOWING ENROLLMENT IN MEDICARE PART B or C _____ Yes _____ No 02/2012 form