

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

SEGURO MÉDICO PARA PENSIONADOS
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Su Nombre:	Su Fecha de Nacimiento:	No. de Seguro Social:
Nombre del Esposo/a:	Fecha de Nacimiento del Esposo/a:	No. de Seguro Social:
Nombre del Hijo/a Dependiente:	Fecha de Nacimiento del Hijo/a Dependiente:	No. de Seguro Social:
Nombre del Hijo/a Dependiente:	Fecha de Nacimiento del Hijo/a Dependiente:	No. de Seguro Social:
Nombre del Hijo/a Dependiente:	Fecha de Nacimiento del Hijo/a Dependiente:	No. de Seguro Social:
Dirección: _____		
Ciudad/Estado/Código Postal: _____		

OPCIONES DE COBERTURA

Deseo inscribirme en el Plan Médico para Pensionados 1.

- El Departamento de Reclamaciones determinará su derecho a participar en el Plan Médico para Pensionados correspondiente.
- Cuando cumpla 65 años o quede discapacitado y tenga derecho a Medicare, deberá inscribirse en la Parte B de Medicare. La cuota de \$135.50 o la que corresponda (a partir del 1 de enero de 2019) se deducirá de su cheque del Seguro Social.
- Si actualmente está inscrito en una HMO Medicare Risk, pero desea estar cubierto por este Plan, debe abandonar la HMO Medicare Risk y rellenar estos formularios de inscripción.
- El coste mensual de la cobertura médica de los pensionados depende del número de años de afiliación al Fondo de Bienestar de los Obreros acumulados en el momento de la jubilación. La tarifa para el pensionado solamente se duplica para la cobertura familiar (incluye al pensionado, esposo/a y dependientes elegibles). Para participar en este Plan, debe cumplimentar el formulario adjunto "Formulario de Autorización de Deducción de la Cuota o de Acuerdo de Auto-Pago" en el que figurarán las cuotas vigentes en ese momento. Las tarifas de las cuotas se revisan anualmente y están sujetas a cambios.

Rechazo inscribirme en el Plan Médico para Pensionados 1.

- Entiendo que sólo tengo una oportunidad de inscribirme en la cobertura médica para pensionados y que, una vez que rechace la inscripción, no podré inscribirme posteriormente.
 - Entiendo que, si tengo más de 50 años, estaré cubierto por el Plan de Cobertura Médica Básica para Pensionados sin costo alguno hasta los 65 años.
 - Entiendo que, si tengo menos de 50 años, NO estaré cubierto por el Plan de Cobertura Médica Básica para Pensionados. (Los pensionados por discapacidad, que NO están en edad de jubilación, NO reciben la Cobertura Básica para Jubilados).
 - Entiendo que también se me puede ofrecer cobertura bajo COBRA en lugar del Plan de Cobertura Médica Básica para Pensionados cuando expire mi banco de horas.
- Entiendo que, si rechazo la cobertura del Plan 1 de Cobertura Médica para Pensionados, no se me permitirá inscribirme en el futuro.
- Entiendo que, si no elijo la cobertura de mis dependientes en este momento, podré añadir dependientes en el futuro, pero la cobertura de los dependientes estará sujeta a cuotas más altas.

Firma: _____

Fecha: _____

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA DEL FONDO:

EL PENSIONADO CUMPLE LOS REQUISITOS DEL PLAN MÉDICO PARA PENSIONADOS #1 INICIALES _____
 LOS DEPENDIENTES CUMPLEN LOS REQUISITOS PARA LOS BENEFICIOS DE LA COBERTURA __Si__ No _____ 1/2017 forma

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

SEGURO MÉDICO PARA PENSIONADOS
DECLARACIÓN DE ASIGNACIÓN DE MEDICARE DEL ESPOSO/A

Nombre del Esposo/a:	No. de Seguro Social del Esposo/a:
Dirección: _____	
Ciudad/Estado/Código Postal: _____	

La cobertura médica de los pensionados a través del Fondo de Bienestar de los Obreros debe coordinarse con cualquier pago de beneficios de atención médica bajo Medicare de la Administración del Seguro Social u otro proveedor de seguros.

Por la presente comunico al Fondo de Pensiones y Bienestar de los Obreros mi derecho a Medicare ante la Administración del Seguro Social (Marque UNA de las siguientes casillas.)

- Estoy cubierto por Medicare. Adjunto una copia de mi tarjeta de Medicare en la que consta mi inscripción en la Parte B o C de Medicare.
- La Administración del Seguro Social me ha aprobado las prestaciones por incapacidad, pero aún no estoy cubierto por Medicare. Adjunto una copia de mi carta de concesión del Seguro Social. Enviaré una copia de mi tarjeta de Medicare, en la que conste que estoy inscrito en Medicare Parte B o C. Medicare comenzará el _____.
- No estaré cubierto por Medicare hasta los 65 años. No he presentado la solicitud o la he presentado y me han denegado las prestaciones por incapacidad de la Administración del Seguro Social. Adjunto copia de la carta de denegación.
- He solicitado prestaciones por incapacidad o he apelado una denegación de pensión por incapacidad de la Administración del Seguro Social, pero no he recibido una decisión de la Administración del Seguro Social. Le notificaré cuando se tome una decisión y le enviaré una copia de mi carta de aprobación o denegación.

Estoy de acuerdo con las siguientes afirmaciones:

- Entiendo que estoy obligado a comunicar a la Oficina del Fondo mi cobertura en virtud de Medicare u otros planes de seguro.
- Si estoy inscrito en el Plan Médico para Pensionados, entiendo que debo inscribirme en la Parte B de Medicare (o, alternativamente, en la Parte C) en el período de tres meses anterior al mes en que reúno los requisitos para la cobertura de Medicare.
- Si estoy inscrito en el Plan Médico para Pensionados, entiendo que si no solicito la Parte B de Medicare (o, alternativamente, la Parte C) antes del mes en que soy elegible por primera vez (antes de cumplir 65 años), se retrasarán mis beneficios de la Parte B de Medicare y se reducirán mis beneficios a través del Fondo de Bienestar de los Obreros. En tal caso, seré responsable del pago de los gastos médicos incurridos y el Fondo reducirá mis prestaciones en el importe que Medicare habría abonado, aunque la fecha de entrada en vigor de mis prestaciones de Medicare Parte B se retrase debido a la inscripción tardía.
- Si estoy inscrito en el Plan Médico para Pensionados, entiendo que si elijo la cobertura del Plan de Medicamentos Recetados de Medicare Parte D, mi cobertura de medicamentos recetados bajo el Plan Médico para Jubilados terminará y mi cuota mensual no cambiará.

Firma del Esposo/a:

Fecha:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA DEL FONDO:

PRESENTÓ LA TARJETA DE MEDICARE QUE DECLARA LA INSCRIPCIÓN EN LA PARTE DE MEDICARE B o C __Yes__ No 02/2012 forma

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

SEGURO MÉDICO PARA PENSIONADOS
DECLARACIÓN DE ASIGNACIÓN DE MEDICARE

Nombre: _____	No. de Seguro Social: _____
Dirección: _____	
Ciudad/Estado/Código Postal: _____	

La cobertura médica de los pensionados a través del Fondo de Bienestar de los Obreros debe coordinarse con cualquier pago de beneficios de atención médica bajo Medicare de la Administración del Seguro Social u otro proveedor de seguros.

Por la presente comunico al Fondo de Pensiones y Bienestar de los Obreros mi derecho a Medicare ante la Administración del Seguro Social (Marque UNA de las siguientes casillas.)

- Estoy cubierto por Medicare. Adjunto una copia de mi tarjeta de Medicare en la que consta mi inscripción en la Parte B o C de Medicare.

- La Administración del Seguro Social me ha aprobado las prestaciones por incapacidad, pero aún no estoy cubierto por Medicare. Adjunto una copia de mi carta de concesión del Seguro Social. Enviaré una copia de mi tarjeta de Medicare, en la que conste que estoy inscrito en Medicare Parte B o C. Medicare comenzará el _____.

- No estaré cubierto por Medicare hasta los 65 años. No he presentado la solicitud o la he presentado y me han denegado las prestaciones por incapacidad de la Administración del Seguro Social. Adjunto copia de la carta de denegación.

- He solicitado prestaciones por incapacidad o he apelado una denegación de pensión por incapacidad de la Administración del Seguro Social, pero no he recibido una decisión de la Administración del Seguro Social. Le notificaré cuando se tome una decisión y le enviaré una copia de mi carta de aprobación o denegación.

Estoy de acuerdo con las siguientes afirmaciones:

- Entiendo que estoy obligado a comunicar a la Oficina del Fondo mi cobertura en virtud de Medicare u otros planes de seguro.
- Si estoy inscrito en el Plan Médico para Pensionados, entiendo que debo inscribirme en la Parte B de Medicare (o, alternativamente, en la Parte C) en el período de tres meses anterior al mes en que reúno los requisitos para la cobertura de Medicare.
- Si estoy inscrito en el Plan Médico para Pensionados, entiendo que si no solicito la Parte B de Medicare (o, alternativamente, la Parte C) antes del mes en que soy elegible por primera vez (antes de cumplir 65 años), se retrasarán mis beneficios de la Parte B de Medicare y se reducirán mis beneficios a través del Fondo de Bienestar de los Obreros. En tal caso, seré responsable del pago de los gastos médicos incurridos y el Fondo reducirá mis prestaciones en el importe que Medicare habría abonado, aunque la fecha de entrada en vigor de mis prestaciones de Medicare Parte B se retrase debido a la inscripción tardía.
- Si estoy inscrito en el Plan Médico para Pensionados, entiendo que si elijo la cobertura del Plan de Medicamentos Recetados de Medicare Parte D, mi cobertura de medicamentos recetados bajo el Plan Médico para Jubilados terminará y mi cuota mensual no cambiará.

Firma:

Fecha:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA DEL FONDO:

PRESENTÓ LA TARJETA DE MEDICARE QUE DECLARA LA INSCRIPCIÓN EN LA PARTE DE MEDICARE B o C __ Yes __ No 02/2012 forma

Chicago & Vicinity Laborers' District Council

Retiree Health & Welfare Fund

SEGURO MÉDICO PARA PENSIONADOS

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE DEDUCCIÓN DE LA CUOTA O DE ACUERDO DE AUTO-PAGO

Nombre: _____	No. de Seguro Social: _____
Dirección: _____	
Ciudad/Estado/Código Postal: _____	

Las cuotas del Plan Médico para Pensionados se revisan cada año y están sujetas a cambios aprobados por el Consejo de Administración. Las cuotas siguientes se aplican a los pensionados cuya pensión haya entrado en vigor después del **1 de enero de 2005** (y del 1 de marzo de 2003 al 31 de diciembre de 2004 si no cumplían los requisitos en virtud de las normas en vigor durante ese periodo):

Número de años de participación*	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	*el número de años de participación en el Fondo de Bienestar de los Obreros se calcula como 800 horas reportadas a del Fondo de Bienestar de los Obreros en un año fiscal (del 1 de junio al 31 de mayo).
Cuota: Solo para pensionado	200	180	160	140	120	100	90	80	70	60	
Cuota: Pensionado & Dependientes	400	360	320	280	240	200	180	160	140	120	

Número de años de participación*	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35 o Más	Cobertura BÁSICA
Cuota: Solo para pensionado	50	45	40	35	30	25	20	15	10	5	0	0
Cuota: Pensionado & Dependientes	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0	0

Estoy de acuerdo con las siguientes afirmaciones:

- Entiendo que el importe de la cuota indicada es una estimación basada en mi registro de horas actualmente disponible en el Fondo de Bienestar de los Obreros.
- Entiendo que, si recibo cheques de pensión mensuales del Fondo de Pensiones de los Obreros, mi cuota se deducirá cada mes de mi cheque de pensión mensual.
- Entiendo que, si no estoy recibiendo un cheque mensual del Fondo de Pensiones de los Obreros, debo hacer pagos mensuales de la cuota al Fondo de Bienestar de los Obreros. Mi cuota vence el primer día del mes del periodo de cobertura.
- Entiendo que estas cuotas son un gasto de atención médica elegible para reembolso bajo el Programa de Reembolso de los Gastos Médicos (HRA, por sus siglas en inglés) del Fondo de Bienestar de los Obreros.
- Entiendo que las cuotas arriba indicadas están sujetas a aumento por parte del Consejo de Administración en cualquier momento.
- He recibido un Resumen de la Descripción del Plan para la cobertura médica para pensionados que he elegido y comprendo que este plan difiere del Plan para Participantes Activos.
- Entiendo que todas las preguntas relacionadas con la cobertura médica para pensionados deben dirigirse al Departamento de Servicio al Cliente del Fondo de Bienestar de los Obreros.

- Elijo: **Cobertura para solo el Pensionado** (para solo el Pensionado)
- Cobertura Familiar** (para el Pensionado, Esposo/a, y Dependientes elegibles)
- Cobertura para solo Dependientes** (para Esposo/a sobreviviente y Dependientes elegibles)

Por la presente autorizo al Fondo de Pensiones de los Obreros a deducir la cantidad apropiada de mi cheque mensual de pensión para la cobertura de los pensionados o acepto hacer contribuciones oportunas de auto-pago al Fondo de Bienestar de los Obreros de Chicago.

Firma: _____ Fecha: _____