



www.seiu36.com



现在是开放报名时间！

2026
福利指南

您只有到 12 月 19 日之前可以报名参加 2026 年 BOLR BMCA 兼职福利计划！

开放报名表

您需要填写的入学表格位于本指南接下来的几页以及我们网站的“联系方式与资源”页面 (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>)。网站上的表格可以……

表格已在线填写完毕。您只需打印出来签字,然后邮寄到基金办公室即可。



您可以使用上面的二维码直接访问我们的网站。只需打开智能手机或平板电脑上的相机应用,然后选择后置摄像头。将摄像头对准二维码,此时会弹出通知。点击通知即可访问我们的网站。请确保您的设备已连接到互联网。

请查看每张表格顶部的说明,以帮助您了解需要填写哪些表格并邮寄回基金办公室。

重要提示:请仅填写适用于您的表格。

务必阅读本指南的其余部分。

帮助您注册2026年的医疗保险。我们已更新本指南,使其在今年更易于使用。

如有疑问,请联系基金办公室。

里面有什么

开放注册概述.....	2
基本事实.....	3
牙科福利.....	4
视力福利.....	5
人寿保险和意外死亡及伤残保 险.....	6
残疾福利.....	7
重要通知.....	8

本入学指南提供阿尔巴尼亚语、中文、德语、意大利语、波兰语和西班牙语版本,可在我们的网站上找到。请访问“联系方式与资源”页面 (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>)的“文档与表格”部分。请注意,表格仅提供英文版本。

您可以通过 Internetit 进行管理和发布。请参阅“公式文档”和“Burimet 联系”常见问题解答 (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>)。Ju lutemi vini re se Formularët janë të disponueshëm vetëm në anglisht.

本注册指南可以在我们的网站上找到中文版。转到“蒸发器和资源”页面的“文档和表格”部分(<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>)。请注意,表格仅提供英文版本。

Dieser Leitfaden zur Einschreibung ist auf unserer 德语网站。
Gehen Sie zum Abschnitt “Dokumente & Formulare” der Seite “Kontakte & Ressourcen” (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>)。Bitte beachten Sie,dass die Formulare nur auf English verfügbar sind。

Questa guida all iscrizione è disponibile in italiano sul nostro sito web. “文档和模块”部分位于“Contatti e risorse”页面 (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>)。Tieni 用英语呈现了 che i moduli sono disponibili 独奏。

Niniejszy Przewodnik Rekrutacyjny jest dost ępny w j ęzyku polskim na naszej stronie internetowej.
请参阅“文档和公式”以及“联系和联系” (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>)。Nale ły
pami ęta ,is dost ępne wy cznie wy cznie wy cznie wy ęzyku angielskim。

Esta Guía de Inscripción está 可在西班牙语和 Nuestro 网站上使用。请参阅“Contactos y recursos”页面的
“Documentos y Formularios”部分(<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>)。
联系人资源/)。Tenga en cuenta que los Formularios alone están disponibles en inglés.

需要表格吗？
请查看本指南的封面以及我们的网站！

您需要填写的报名表格位于本指南的前几页以及“联系方式和资源”页面。

页面 (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>) 页面找到相关表格。这些表格可以在线填写，您只需打印出来签名，然后邮寄到基金办公室即可。



每份表格都会说明您填写的条件。请仅填写适用于您的表格。填写完毕后，请沿虚线撕下表格，并使用本指南中提供的回邮信封寄送至基金办公室。

记住：选择
务必谨慎！一旦开放注册期结束，除非您有符合条件的身份变更，否则您将无法更改您的选择，直到2026年秋季的下一个开放注册期，保险生效日期为2027年1月1日。

开放注册概览

2025年10月

在本指南及随附材料中，您将找到注册参加2026年BOLR BMCA 兼职福利计划所需的信息、表格和说明。

开放注册期是您每年审查保险范围并更改所选福利或受保家属的机会。在开放注册期之外，您只有在符合以下条件的情况下才能进行更改：即因符合条件的重大生活变故（“合格事件”）。请在做出参保决定前仔细阅读随附材料，并考虑您和家人的需求。如果您想更改受保家属身份，请于2025年12月19日之前将填妥的BMCA兼职参保申请表交回基金办公室。

如果您希望保留目前享有的福利选择和保障范围，则无需采取任何行动。

问题？

如有任何疑问，请随时联系福利基金办公室。
您可以拨打 (215) 568-3262 转 1400 或 (800) 338-9025 转 1400（本地通话区域外）联系我们。您也可以前往位于宾夕法尼亚州费城市场街 1515 号 1020 室的 SEIU Local 32 BJ, District 36 基金办公室，与我们的工作人员面谈。请务必在到访前先致电我们。

重要提示：状态变更提醒

只有在发生符合条件的事件时，您才能在开放注册期之外添加或移除受抚养人，或对您的福利保障进行任何其他更改。符合条件的事件是指您或您的受抚养人经历了影响您福利管理的重大生活变故。例如，结婚、生育或离婚。在这些情况下，您可能需要从您的基金保障范围中添加或移除受抚养人。

对于所有符合条件的事件，您必须提供身份变更证明文件（例如出生证明或结婚证）。基金办公室必须在符合条件的事件发生后 31 天内收到该证明文件（子女出生为 90 天；如果您因不再符合资格而失去 Medicaid 或儿童健康保险计划 (CHIP) 的保障，或您符合州政府 Medicaid 或 CHIP 保费援助计划的资格，则为 60 天）。请查看您的计划摘要说明或联系基金办公室，了解更多关于符合条件的事件的信息。

注意：如果您有符合条件的事件，需要填写新的普查/受益人表格以反映状态变更，请联系基金办公室。

本文件及您的入会资料包中的内容概述了您所属的SEIU Local 32BJ, District 36 BOLR福利基金的各项福利，以及将于2026年1月1日生效的变更。这些资料是对您计划福利其他说明的补充。本文件及随附资料中所述的变更自2026年1月1日起生效。基金希望无限期地继续提供本计划及本文件中提及、您的福利手册中所述的各项福利，但保留随时以任何理由全部或部分修改、暂停或终止本计划的权利。收到本入会资料包或注册本计划提供的任何福利均不构成雇佣合同。请仔细阅读这些文件，并将这些重要信息与您的其他福利资料一起妥善保管，以备将来参考。

基本事实

谁有资格？

如果您从事受保就业,并且您的雇主根据集体谈判协议必须代表您向基金缴款,那么您就有资格参加 BOLR BMCA 兼职计划。

如果您符合参加 BOLR BMCA 兼职计划的资格,您还可以为符合条件的家属申请牙科和视力保险。符合条件的家属包括:

- 您的合法配偶 (包括同性配偶)
- 出生至26岁的儿童
- 继子女年龄不超过26岁
- 被收养的儿童 (自安置到您家之日起)至26岁
- 已安排收养的儿童
- 因精神障碍或身体残疾而无法维持就业的26岁以上儿童

任何你无偿承担抚养责任的子女,都不会被视为受抚养人。

登记家属

要将您的受抚养人纳入该计划,您必须填写并提交以下信息:

- 受抚养人登记表 (请务必填写正反两面)
 - 文件依赖状态 所需文件的示例包括:
 - 有效的州政府颁发的出生证明,需列明亲生子女或继子女的父母双方姓名 26岁以下
 - 收养未满 26 岁儿童的收养证明
 - 如果根据合格医疗子女抚养令的要求,您需要将26岁以下的子女添加到抚养名单中, 请提供该抚养令的副本。
 - 社会安全号码证明
- 如果您有子女因身体或精神障碍而无法自理,必须在年满26周岁后继续享受您的医疗保险,基金办公室要求您定期提供该子女的残疾证明文件。此信息必须在子女26周岁生日后的31天内提交给基金办公室。

如果您选择将受抚养人从计划中移除,您必须填写退出表格,并向基金办公室提交该受抚养人的其他保险证明。

任何对受抚养人身份的更改都必须在 2025 年 12 月 19 日之前完成,并装入随附的贴好邮票的回邮信封寄回基金办公室。如果您在开放注册期间没有添加或删除受抚养人,则必须等到您或您的受抚养人发生符合条件的事件后才能进行操作。

合格医疗子女抚养令 (QMCSO)

如果您根据合格医疗子女抚养令 (QMCSO) 需要提供子女抚养费 and 医疗保险,请联系基金办公室了解所需信息的说明。QMCSO 是法院签发的任何判决、法令或命令,要求您为子女提供医疗保险。有关 QMCSO 执行程序的更多信息,请联系基金办公室。

牙科福利

定期接受专业的牙科护理不仅对身体健康至关重要,还能预防严重的或代价高昂的牙科问题。因此,我们通过 Delta Dental 提供的牙科保险计划涵盖全方位的牙科服务,包括诊断和预防性护理。

牙科福利表

自付额	在网络中	超出网络范围
年度最高福利 ¹	每人每年 3,000 美元	每人每年 3,000 美元
预防和 诊断护理 · 口腔检查、清洁、 咬合翼片X光片（每年两次）;全口X光片（每36个月一次） · 19岁以下人群可使用氟化物治疗（有年龄限制） · 密封剂或间隙保持剂（有使用年限限制）	100%	100% （允许金额）
基础修复 · 填充物	100%	100% （允许金额）
重大修复 · 修复现有牙冠 · 嵌体、高嵌体、牙冠、铸造修复体 · 牙桥和假牙	100%	100% （允许金额）
正畸 （仅限儿童,终身最高赔付额为 4,500 美元,但出于医疗需要的正畸治疗除外）	100% 终身最高限额 1,000 美元	100% （允许金额）

1.牙科年度最高限额是网络内和网络外就诊费用的总和,根据《平价医疗法案》(ACA) 的规定,儿童牙科护理不受年度最高限额的限制。

预先确定超过 300 美元治疗的福利

如果您的治疗预计费用为 300 美元或以上,请在治疗开始前请您的牙医与 Delta Dental 保险公司“预先确定福利”(这意味着评估建议的治疗方案是否合适,并确定保险计划将支付多少费用)。通过预先确定福利,您可以确切地知道保险计划将支付多少,以及您需要支付多少。这样,您就可以在治疗开始前做好财务安排。

为了预先确定保险福利,您的牙医需要向Delta Dental提交一份理赔申请表,详细说明拟定的治疗方案和预估费用。Delta Dental会向您发送一份结算单,列明哪些服务包含在保险范围内以及保险计划将支付多少费用。您可以与您的牙医一起审核治疗方案,并就具体服务项目达成一致。治疗完成后,请将包含服务日期和必要签名的原始结算单寄回Delta Dental以获取付款。

请查看您的计划概要说明,以获取完整的牙科限制和除外责任清单。

视力福利

计划如何运作

- 您可以选择由国家视觉管理机构 (NVA) 的合作医疗机构或其他眼科专家提供眼科护理。但是,如果您选择合作的眼科医生或验光师,则可以获得最大的福利。
- 当您使用参与计划的医疗服务提供者时,您将获得最大利益,因为该计划会支付大多数常规服务的全部费用或大部分费用。
 - 如果您选择非合作医疗机构,本计划将报销您的检查费、眼镜框和镜片或隐形眼镜费用。您在接受服务时需支付全部费用。之后,您必须提交理赔申请,才能获得本计划应承担的费用报销。

该计划的支付方式

- 当您从 NVA 参与提供商处获得服务时,该计划每 24 个月支付一次眼科检查的费用。
- 该计划还支付一副新镜片和镜框或隐形眼镜的费用,每 24 个月最高可达 120 美元 (19 岁以下儿童每 12 个月最高可达 120 美元)。
- 当您从非合作视力保健提供商处获得服务时,该计划将每 24 个月支付一次眼科检查费用,最高可达 30 美元 (19 岁以下儿童每 12 个月支付一次)。
- 该计划还为儿童和成人每 24 个月支付一次最高 60 美元的镜片费用和最高 60 美元的镜框费用,或最高 120 美元的隐形眼镜费用。

未涵盖的费用 (请注意,这只是部分清单。)

- 视力保健计划不涵盖以下内容:
- 眼底照相;
 - 眼科的内科或外科治疗;
 - 因工伤赔偿法而提供或获得的服务或材料
由任何政府机构或项目;或,
 - 普通太阳镜或近视太阳镜。

根据视力保健计划,您可以使用您的会员卡享受眼科护理服务或配镜。但是,此卡不能与任何优惠活动 (例如优惠券或促销活动)同时使用。

这项人寿保险金一般只在您受保工作期间身故时支付。

因意外身故而应支付的任何 AD&D 福利金等于您的人寿保险金额,并且是在您的人寿保险福利之外额外支付的。

意外死亡及伤残抚恤金的数额取决于意外事故的类型。

请参阅您的计划概要说明,或致电基金办公室了解详情。

可能存在例外情况和某些限制。请参阅您的计划概要说明,了解完整的除外责任和限制清单。

人寿保险和意外死亡 伤残保险

如今,人寿保险不仅仅是一种“安心保障”,更是生活必需品之一。

人寿保险旨在为您身故后,为您的家人或任何依赖您收入的人提供保障。意外死亡及伤残保险 (AD&D)在您因意外事故失去肢体或视力时向您支付赔偿金,并在您因承保范围内的意外事故身故时向您的受益人支付赔偿金。

受抚养人没有资格享受人寿保险和意外死亡及伤残保险。

员工专属福利	
自然死亡	25,000 美元
死亡,事故	25,000 美元 (除上述费用外)
肢体残缺福利	损失的具体金额由损失确定。

别忘了 您的受益人

为确保您指定的受益人能够领取福利金,您必须指定受益人,并随着生活状况的变化及时更新受益人信息。如果您符合领取资格或受抚养人身份发生变化,请填写“人口统计/受益人信息表”。如有需要,请联系基金办公室索取新表格。

将表格交回基金办公室。

短期残疾津贴

如果您是全职员工,并且您的雇主向短期残疾福利基金额外缴款,那么您就有资格领取短期残疾福利。

如果您因与工作无关的疾病或受伤而丧失劳动能力,无法工作,短期残疾福利将为您和您的家人提供每周的补充津贴。

短期残疾津贴的具体时长取决于诊断结果和既定的残疾标准。但是,任何短期残疾津贴的最长期限不得超过 26 周。如需申请短期残疾津贴,您必须填写短期残疾申请表,并提供由具有法律资质的医生出具的证明文件,证明您已丧失劳动能力,无法履行正常工作职责。请注意:心理健康中心 (MHC) 的医疗服务提供者也可以出具残疾证明。

如果您符合资格,在您残疾期间,您将获得相当于您正常工资一定比例的每周福利金,最高可达每周最高限额,前提是您继续接受有法律资质的医生的直接定期护理,或者您的护理由 MHC 心理健康/药物滥用提供者管理。

您的短期伤残津贴从您因伤残就医后的第四个工作日开始生效。就医前您因伤病耽误工作的任何期间,短期伤残津贴均不予支付。

短期残疾申请表必须按时提交。如果您因持续性残疾而无法工作超过一个月,则必须定期提交续领申请表(“蓝色表格”),通常每月一次。有关时间和截止日期的更多信息,请参阅表格。请联系基金办公室索取表格。您只有在领取短期残疾福利期间才能获得资格积分。

有关短期残疾福利的更多信息,请参阅您的计划摘要说明,或致电基金办公室,电话号码为 215-568-3262 或 800-338-9025 (本地通话区域外)。

* 如果您的雇主需要为短期残疾福利支付额外费用。

请注意:根据合同规定,部分雇主可能仍适用固定金额福利津贴。如果您符合每周兼职员工(每周工作时间少于 30 小时)的固定金额福利资格,则每周福利金额为 130 美元。

“具有法律资格的医生”包括医学博士 (MD)、骨科医学博士 (DO)、牙科外科博士 (DDS)、牙科医学博士 (DMD)或足病医学博士 (DPM)。

任何短期伤残索赔必须在您首次伤残之日起 60 天内提交至基金办公室。请确保所有部分均已填写完整,并由您、您的雇主和您的主治医生签字后再提交至基金办公室。

重要通知

SEIU Local 32 BJ,第 36 区 BOLR 福利基金 (以下简称“基金”)须向您提供以下重要通知。请仔细阅读,以便了解您的权利和义务。

HIPAA特殊注册权利

如果您因已有其他医疗保险而拒绝为自己或受抚养人 (包括您的配偶)加入本医疗保险计划,将来您或许可以为自己或受抚养人加入本计划,前提是您在其他保险终止后的31天内提出申请并提供相关证明文件。此外,如果您因结婚、收养或安排收养而新增受抚养人,您或许可以为自己和受抚养人加入本医疗保险计划,前提是您需在结婚、收养或安排收养后的31天内提出申请。如果您因生育而新增受抚养人,您或许可以为自己和受抚养人加入本医疗保险计划,前提是您需在生育后的90天内提出申请。

如果您或您的符合条件的受抚养人符合以下任一条件,该基金还将提供特殊的参保机会:

- 因不再符合资格而失去医疗补助或儿童健康保险计划 (CHIP) 的保障,或
- 获得州政府提供的医疗补助或儿童健康保险计划的保费援助资格。

对于这些注册机会,您将有 60 天的时间,从 Medicaid/儿童健康保险计划 (CHIP) 资格变更,可申请加入基金承保范围。请注意,此 60 天延期仅适用于因医疗补助/儿童健康保险计划 (Medicaid/CHIP) 资格变更而产生的参保机会。

所有参保材料必须在特殊参保申请提交后的31、60或90天内完成,并向计划提供所有受抚养人身份证明。如果您无法在规定时间内完成参保材料并提供受抚养人身份证明 (例如,需要更多时间办理新生儿出生证明),则截止日期可能会延长。

眼镜蛇

根据1986年综合预算协调法案 (COBRA),如果医疗保险因以下原因终止,您和符合条件的受抚养人可以继续享受医疗保险最多18个月:

- 您因任何原因 (严重不当行为除外)终止雇佣关系,或
- 您的工作时间减少了。

COBRA 还允许您符合条件的受抚养人继续享受长达 36 个月的医疗保险,前提是医疗保险原本会因以下原因终止:

- 你死了,
- 你和你的配偶离婚或合法分居,
- 您符合医疗保险资格,或
- 您的受抚养人不再符合医疗保险计划的承保资格。

您和您的受抚养人通常可以在保险终止后的前60天内,或自收到终止通知之日起60天内 (以较晚者为准),选择继续享有保险。只要您按时缴纳保费,继续享有的保险将于导致保险终止的事件发生后的次月1日生效。您只能继续享有事件发生前一天生效的保险。但是,您可以在每年的开放注册期内更改您的选择。

如果医疗保险计划发生变化,这些变化也将适用于 COBRA 保险范围。

要获得 COBRA 保险,您和/或您符合条件的受抚养人需要及时做出选择并按月缴纳保费。

《新生儿和母亲健康保护法》

根据联邦法律,团体健康保险计划和健康保险发行机构通常不得将产妇或新生儿因分娩住院的福利限制在阴道分娩后少于 48 小时,或剖腹产后少于 96 小时。但是,联邦法律通常并不禁止产妇或新生儿的主治医生在与产妇协商后,让产妇或新生儿在 48 小时 (或 96 小时,视情况而定)之前出院。

无论如何,根据联邦法律,计划和发行机构不得要求医疗服务提供者获得计划或发行机构的授权才能开具不超过 48 小时 (或 96 小时,视情况而定)的住院时间处方。

妇女健康与癌症权利法案

《妇女健康与癌症权利法案》要求团体健康保险计划及其保险公司和健康维护组织 (HMO) 为选择乳房重建的乳房切除术患者提供某些福利。对于因乳房切除术而获得福利的计划参与者,其福利将根据与主治医生协商确定的方式提供,具体包括:

- 乳房切除术后乳房重建的各个阶段;
- 对另一侧乳房进行手术和重建,以达到对称的外观;
和
- 乳房切除术后假体及并发症的治疗,包括
淋巴水肿

乳房重建福利需遵守免赔额和共同保险限制,这些限制与该计划下其他福利的规定一致。

HIPAA隐私声明提醒

根据《健康保险流通与责任法案》(HIPAA) 的隐私规则,SEIU Local 32 BJ, District 36 BOLR 福利计划 (以下简称“本计划”)需定期提醒参与者本计划的隐私声明及其获取方式。隐私声明解释了参与者在受保护健康信息 (PHI) 方面的权利以及本计划的法律义务,并说明了本计划如何使用和披露 PHI。您也可以致电基金办公室 215-568-3262 转 1400 或 800-338-9025 转 1400 (本地通话区域外)获取隐私声明副本。

医疗补助计划和儿童健康保险计划 (CHIP)

医疗补助计划和儿童健康保险计划 (CHIP) 下的保费援助

如果您或您的孩子符合医疗补助计划 (Medicaid) 或儿童健康保险计划 (CHIP) 的资格,并且您有资格从雇主处获得医疗保险,您所在的州可能设有保费援助计划,该计划可以使用其医疗补助计划或儿童健康保险计划的资金来帮助支付保险费用。如果您或您的孩子不符合医疗补助计划或儿童健康保险计划的资格,您将无法获得这些保费援助计划,但您可以通过医疗保险市场购买个人保险。更多信息,请访问www.healthcare.gov。

如果您或您的受抚养人已加入 Medicaid 或 CHIP,并且您居住在以下列出的州,请联系您所在州的 Medicaid 或 CHIP 办公室,了解是否有保费援助。

如果您或您的受抚养人目前未参加医疗补助计划 (Medicaid) 或儿童健康保险计划 (CHIP),并且您认为您或您的任何受抚养人可能符合其中一项计划的资格,请联系您所在州的医疗补助计划或儿童健康保险计划办公室,或拨打 877-KIDS NOW或访问www.insurekidsnow.gov了解申请流程。如果您符合资格,请咨询您所在州是否有可以帮助您支付雇主提供的医疗保险计划保费的项目。

如果您或您的受抚养人符合医疗补助计划 (Medicaid) 或儿童健康保险计划 (CHIP) 的保费补助资格,并且也符合雇主提供的医疗保险计划的资格,那么如果您尚未加入该计划,您的雇主必须允许您加入。这被称为“特殊参保”机会,您必须在被确定符合保费补助资格后的 60 天内提出参保申请。如果您对加入雇主提供的医疗保险计划有任何疑问,请联系美国劳工部,网址为www.askebsa.dol.gov或致电 866-444-EBSA (3272)。

以下州名单截至2025年7月31日有效。请联系您所在的州了解更多资格信息。

宾夕法尼亚州	医疗补助和儿童健康保险计划
医疗补助网站	https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html
医疗补助电话	800-692-7462
CHIP 网站	https://www.dhs.pa.gov/CHIP/Pages/CHIP.aspx
芯片电话	800-986-KIDS (5437)
新泽西州	医疗补助和儿童健康保险计划
医疗补助网站	http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/
医疗补助电话	800-356-1561
CHIP 高级援助电话	609-631-2392
CHIP 网站	http://www.njfamilycare.org/index.html
芯片电话	800-701-0710 (TTY:711)
纽约	医疗补助
医疗补助网站	https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/
医疗补助电话	800-541-2831
特拉华州	医疗补助和儿童健康保险计划
医疗补助网站	http://dhss.delaware.gov/dhss/dmma/medicaid.html
医疗补助电话	302-571-4900 或 866-843-7212
CHIP 网站	http://dhss.delaware.gov/dhss/dmma/dhcp.html
芯片电话	302-571-4900 或 866-843-7212
马里兰州	医疗补助和儿童健康保险计划
医疗补助网站	https://health.maryland.gov/mmcp/Pages/home.aspx
医疗补助电话	855-642-8572
CHIP 网站	https://mmcp.health.maryland.gov/chp/pages/home.aspx
芯片电话	855-642-8572 (TTY 711)

如需了解您所在的州是否有保费援助计划,或了解更多关于特殊参保权利的信息,请联系以下任一机构:

美国劳工部 美国卫生与公众服务部

员工福利保障管理局医疗保险和医疗补助服务中心

www.dol.gov/agencies/ebsa www.cms.hhs.gov

866-444-EBSA (3272)

877-267-2323,菜单选项 4,分机号 61565

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

