



www.seiu36.com



Die Anmeldephase hat begonnen

2026

Leitfaden zu den Vorteilen

**Sie haben nur noch bis zum 19. Dezember
Zeit, sich für die BOLR BMCA Teilzeit-
Vorteile für 2026 anzumelden!**

ANMELDEFORMULARE FÜR DIE OFFENE ANMELDUNG

Die Formulare, die Sie für die Einschreibung ausfüllen müssen, finden Sie auf den nächsten Seiten dieses Leitfadens sowie auf der Seite „Kontakte & Ressourcen“ (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>) unserer Website. Die Formulare auf der Website können

Sie können die Formulare online ausfüllen. Sie müssen sie nur noch ausdrucken, unterschreiben und dann an die Geschäftsstelle des Fonds schicken.



Über den obenstehenden QR-Code gelangen Sie direkt zu unserer Website. Öffnen Sie dazu einfach die Kamera-App auf Ihrem Smartphone oder Tablet und wählen Sie die Rückkamera aus. Richten Sie die Kamera auf den Code. Es sollte eine Benachrichtigung erscheinen. Klicken Sie darauf, um zu unserer Website zu gelangen. Stellen Sie sicher, dass Sie mit dem Internet verbunden sind.

Beachten Sie die Hinweise oben auf jedem Formular, die Ihnen helfen zu verstehen, welche Formulare Sie ausfüllen und an die Fondsverwaltung zurücksenden müssen.

WICHTIGER HINWEIS: Bitte füllen Sie nur die Formulare aus, die auf Sie zutreffen.

Und lesen Sie unbedingt auch den Rest des Leitfadens.

Wir helfen Ihnen bei Ihrer Anmeldung für den Versicherungsschutz im Jahr 2026. Wir haben den Leitfaden aktualisiert, um die Nutzung in diesem Jahr zu vereinfachen.

Haben Sie Fragen? Kontaktieren Sie das Fondsbüro.

Was ist drin?

Übersicht zur offenen Einschreibung	2
Grundlegende Fakten	3
Zahnärztliche Leistungen	4
Leistungen für Sehbehinderte	5
Lebensversicherung und Unfallversicherung mit Todesfall- und Invaliditätsleistung (AD&D)	6
Leistungen bei Behinderung	7
Wichtige Hinweise	8

Dieser Leitfaden zur Einschreibung ist auf unserer Website in Albanisch, Chinesisch, Deutsch, Italienisch, Polnisch und Spanisch verfügbar. Sie finden ihn im Bereich „Dokumente & Formulare“ auf der Seite „Kontakte & Ressourcen“ (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>). Bitte beachten Sie, dass die Formulare nur auf Englisch verfügbar sind.

Diese Registrierung ist nicht möglich, da sie nicht im Internet verfügbar ist. Lesen Sie die Abschnitte „Formulardokumente“ und „Kontaktdaten“ (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>). Ich habe mir vorgenommen, die Formel erst vor Kurzem aufzugeben.

yyyyyyyyyyyyyyyyyy-yy yyyyyy yyy yyyyyy
yy(<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>)yyyyyyyyyyyyyy

Dieser Leitfaden zur Einschreibung ist auf unserer Website in deutscher Sprache verfügbar. Gehen Sie zum Abschnitt „Dokumente & Formulare“ der Seite „Kontakte & Ressourcen“ (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>). Bitte beachten Sie, dass die Formulare nur auf Englisch verfügbar sind.

Diese Anleitung zur Gesamtbewertung ist auf Italienisch auf unserer Website verfügbar. Besuchen Sie den Abschnitt „Dokumente und Module“ auf der Seite „Kontakte und Risiken“ (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>). Ich stelle Ihnen vor, welche Module nur auf Englisch verfügbar sind.

Niniejszy Przewodnik Rekrutacyjny jest pny w języku polskim na naszej stronie internetowej. Lesen Sie den Abschnitt „Dokumente und Formulare“ auf der Seite „Kontakte und Kontakte“ (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>). Als Nächstes wurde die Formel nur mit einem Klick erstellt.

Diese Guía de Inscripción ist auf Spanisch auf unserer Website verfügbar. Lesen Sie den Abschnitt „Dokumente und Formulare“ auf der Seite „Kontakte und Rekursionen“ (<https://www.seiu36.com/contacts-resources/>). Wir wissen, dass die Formeln nur auf Englisch verfügbar sind.

Benötigen Sie ein Formular?

Schauen Sie auf die Vorderseite

dieses Leitfadens – und auf unsere

Website!

Die Formulare, die Sie für die Anmeldung ausfüllen müssen, finden Sie auf den ersten Seiten dieses Leitfadens sowie unter „Kontakt & Ressourcen“.

Seite (<https://www.seiu36.com>).

Sie finden die Formulare auf unserer Website unter [com/contacts-resources/](https://www.seiu36.com/contacts-resources/). Dort

können Sie sie online ausfüllen.

Anschließend müssen Sie sie nur noch ausdrucken,

unterschreiben und an die Geschäftsstelle des Fonds senden.



Auf jedem Formular finden Sie die Bedingungen, unter denen

Sie es ausfüllen müssen. Füllen Sie nur die für Sie zutreffenden

Formulare aus. Trennen Sie jedes ausgefüllte Formular

an der Perforation ab und senden Sie es im beiliegenden

Rückumschlag an die Fondsverwaltung.

DENK DARAN: Wähle

Achtung! Nach Ablauf der offenen Anmeldefrist können Sie Ihre Wahl erst wieder in der nächsten offenen Anmeldefrist im Herbst 2026 ändern, um einen Versicherungsschutz ab dem 1. Januar 2027 zu erhalten, es sei denn, es liegt eine berechnete Statusänderung vor.

Überblick über die offene Einschreibungsphase

Oktober 2025

In diesem Leitfaden und den dazugehörigen Unterlagen finden Sie die Informationen, Formulare und Anweisungen, die Sie benötigen, um sich für die BOLR BMCA Teilzeit-Leistungsversicherung im Jahr 2026 anzumelden.

Die jährliche Anmeldefrist bietet Ihnen die Möglichkeit, Ihren Versicherungsschutz zu überprüfen und Änderungen an den von Ihnen gewählten Leistungen oder den mitversicherten Angehörigen vorzunehmen. Außerhalb dieser Frist sind Änderungen nur zulässig, wenn sie auf einem qualifizierenden Lebensereignis (einem „qualifizierenden Ereignis“) beruhen, wie unten beschrieben. Bitte lesen Sie die beigefügten Unterlagen sorgfältig durch und berücksichtigen Sie Ihre eigenen Bedürfnisse und die Ihrer Familie, bevor Sie Entscheidungen bezüglich Ihrer Versicherung treffen. Wenn Sie den Status Ihrer Angehörigen ändern möchten, senden Sie das ausgefüllte BMCA-Teilzeit-Anmeldeformular bis spätestens 19. Dezember 2025 an die Geschäftsstelle des Fonds zurück.

Wenn Sie Ihre bisherigen Leistungen und Ihren Versicherungsschutz beibehalten möchten, brauchen Sie nichts zu tun.

Fragen?

Sollten Sie Fragen haben, zögern Sie bitte nicht, sich an das Benefit Funds Office zu wenden.

Sie erreichen uns unter (215) 568-3262, Durchwahl 1400 oder (800) 338-9025, Durchwahl 1400 (außerhalb des Ortsnetzes). Sie können auch persönlich im Büro des SEIU Local 32 BJ, District 36 Fund, in der Market Street 1515, Suite 1020, Philadelphia, PA 19102 vorbeikommen und mit einem unserer Mitarbeiter sprechen. Bitte rufen Sie uns vorher an.

WICHTIG: Erinnerung zur Statusänderung

Sie können Angehörige nur dann hinzufügen oder entfernen oder sonstige Änderungen an Ihrem Versicherungsschutz außerhalb der offenen Anmeldefrist vornehmen, wenn ein qualifizierendes Ereignis eintritt.

Ein qualifizierendes Ereignis liegt vor, wenn Sie oder Ihre Angehörigen eine Lebensveränderung erfahren, die Auswirkungen auf die Verwaltung Ihrer Leistungen hat. Beispiele hierfür sind Heirat, Geburt oder Scheidung. In diesen Fällen müssen Sie gegebenenfalls Angehörige zu Ihrem Versicherungsschutz hinzufügen oder daraus entfernen.

Für alle relevanten Ereignisse müssen Sie einen Nachweis über die Statusänderung (z. B. eine Geburts- oder Heiratsurkunde) vorlegen. **Die Unterlagen müssen dem Fonds innerhalb von 31 Tagen nach dem relevanten Ereignis vorliegen (90 Tage bei der Geburt Ihres Kindes; oder 60 Tage, wenn Sie Ihren Anspruch auf Medicaid oder das Kinderkrankenversicherungsprogramm (CHIP) verlieren, weil Sie nicht mehr anspruchsberechtigt sind, oder wenn Sie Anspruch auf ein staatliches Prämienhilfsprogramm im Rahmen von Medicaid oder CHIP erwerben).** Weitere Informationen zu relevanten Ereignissen finden Sie in Ihrer Leistungsbeschreibung oder erhalten Sie beim Fonds.

Hinweis: Falls bei Ihnen ein anspruchsbegründendes Ereignis eintritt und Sie ein neues Volkszählungs-/Begünstigtenformular ausfüllen müssen, um die Statusänderung widerzuspiegeln, wenden Sie sich bitte an das Fondsbüro.

Dieses Dokument und die Unterlagen in Ihrem Anmeldeformular enthalten eine Kurzbeschreibung Ihrer Leistungen aus dem SEIU Local 32BJ, District 36 BOLR Welfare Fund sowie der Änderungen, die zum 1. Januar 2026 in Kraft treten. Diese Unterlagen ergänzen die Beschreibungen Ihrer Leistungen. Die in diesen Dokumenten und den beigefügten Unterlagen beschriebenen Änderungen gelten ab dem 1. Januar 2026. Der Fonds beabsichtigt, den Plan und die darin genannten und in Ihrer Leistungsbroschüre beschriebenen Leistungen dauerhaft fortzuführen, behält sich jedoch das Recht vor, den Plan jederzeit und ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise zu ändern, auszusetzen oder zu beenden. Weder der Erhalt dieses Anmeldeformulars noch die Anmeldung zu den im Rahmen des Plans angebotenen Leistungen begründen ein Arbeitsverhältnis. Bitte lesen Sie diese Dokumente sorgfältig durch und bewahren Sie diese wichtigen Informationen zusammen mit Ihren anderen Leistungsunterlagen auf.

Grundlegende Fakten

Wer ist teilnahmeberechtigt?

Sie sind für den BOLR BMCA Teilzeitplan berechtigt, wenn Sie in einem versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis stehen und Ihr Arbeitgeber aufgrund eines Tarifvertrags verpflichtet ist, Beiträge in Ihrem Namen an den Fonds zu leisten.

Wenn Sie zur Teilnahme am BOLR BMCA-Teilzeitplan berechtigt sind, können Sie auch Ihre anspruchsberechtigten Angehörigen für Zahn- und Sehhilfen anmelden. Zu Ihren anspruchsberechtigten Angehörigen gehören:

- Ihr Ehepartner (einschließlich gleichgeschlechtlicher Ehepartner)
- Kinder von der Geburt bis zum Alter von 26 Jahren
- Stiefkinder bis zum Alter von 26 Jahren
- Adoptivkinder (ab dem Datum der Unterbringung in Ihrem Haushalt) bis zum Alter von 26 Jahren
- Kinder, die zur Adoption freigegeben wurden
- Kinder über 26 Jahre, die aufgrund einer geistigen oder körperlichen Behinderung nicht in der Lage sind, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen

Ein Kind, für das Sie unentgeltlich Unterhalt übernehmen, wird nicht als Angehöriger betrachtet.

Anmeldung von Angehörigen

Um Ihre Angehörigen in den Plan aufzunehmen, müssen Sie die folgenden Informationen ausfüllen und einreichen:

- **Anmeldeformular für Angehörige** (bitte beide Seiten ausfüllen)
- **Dokumentenabhängiger Status** – Beispiele für Dokumente sind:
 - Gültige staatliche Geburtsurkunde, in der beide Elternteile für leibliche oder Stiefkinder aufgeführt sind unter 26 Jahren
 - Adoptionsnachweis für ein rechtmäßig adoptiertes Kind unter 26 Jahren
 - Falls Sie aufgrund einer qualifizierten medizinischen Kindesunterhaltsverfügung Ihre Kinder unter 26 Jahren in die Unterhaltsregelung aufnehmen müssen, legen Sie bitte eine Kopie der Verfügung vor.
 - Nachweis der Sozialversicherungsnummer
 - Falls Ihr Kind aufgrund einer körperlichen oder geistigen Beeinträchtigung, die es daran hindert, seinen Lebensunterhalt selbst zu bestreiten, auch nach dem 26. Lebensjahr weiterhin über Ihre Versicherung versichert bleiben muss, benötigt die Versicherungskasse regelmäßig einen Nachweis über die Behinderung. Dieser Nachweis muss der Versicherungskasse spätestens 31 Tage nach dem 26. Geburtstag des Kindes vorgelegt werden.

Wenn Sie einen Angehörigen aus dem Plan entfernen möchten, müssen Sie das Abmeldeformular ausfüllen und dem Fondsbüro einen Nachweis über eine andere Versicherung für diesen Angehörigen vorlegen.

Jede Änderung Ihres Angehörigenstatus muss bis zum 19. Dezember 2025 abgeschlossen und im beigefügten, frankierten Rückumschlag an die Fondsverwaltung zurückgesendet werden. Wenn Sie während der offenen Anmeldephase keinen Angehörigen hinzufügen oder abmelden, müssen Sie damit warten, bis bei Ihnen oder Ihrem Angehörigen ein qualifizierendes Ereignis eintritt.

Qualifizierte medizinische Kindesunterhaltsanordnung (QMCSO)

Wenn Sie aufgrund einer gerichtlichen Anordnung zur medizinischen Kindesunterhaltszahlung (QMCSO) zur Zahlung von Kindesunterhalt und Krankenversicherungsschutz verpflichtet sind, wenden Sie sich bitte an die zuständige Stelle des Fonds, um zu erfahren, welche Informationen benötigt werden. Eine QMCSO ist ein Urteil, Beschluss oder eine Anordnung des Gerichts, die Sie zur Krankenversicherung eines Kindes verpflichtet. Weitere Informationen zu den Verfahren für die Abwicklung von QMCSOs erhalten Sie ebenfalls bei der zuständigen Stelle des Fonds.

Zahnärztliche Leistungen

Regelmäßige, professionelle Zahnpflege ist nicht nur für die Gesundheit unerlässlich, sondern kann auch schwerwiegende oder kostspielige Probleme verhindern. Deshalb deckt unser Zahnplan, der über Delta Dental angeboten wird, ein umfassendes Spektrum an zahnärztlichen Leistungen ab, einschließlich Diagnostik und Prophylaxe.

Übersicht der zahnärztlichen Leistungen

Selbstbehalt	Im Netzwerk	Außerhalb des Netzwerks
Jährlicher Höchstbetrag¹	3.000 US-Dollar pro Person und Jahr	3.000 US-Dollar pro Person und Jahr
Vorbeugend und Diagnostische Versorgung <ul style="list-style-type: none"> • Munduntersuchung, Reinigung, Bissflügel aufnahmen (zweimal jährlich); vollständige Gebissaufnahmen alle 36 Monate • Fluoridbehandlungen bis zum 19. Lebensjahr (es gelten Einschränkungen) • Dichtmittel oder Abstandshalter (Altersbeschränkungen beachten) 	100%	100 % (zulässiger Betrag)
Grundlegende Wiederherstellung <ul style="list-style-type: none"> • Füllungen 	100%	100 % (zulässiger Betrag)
Umfangreiche Wiederherstellungsmaßnahmen <ul style="list-style-type: none"> • Reparaturen an bestehenden Kronen • Inlays, Onlays, Kronen, gegossene Restaurationen • Brücken und Prothesen 	100%	100 % (zulässiger Betrag)
Kieferorthopädie (Gilt nur für Kinder, maximal 4.500 US-Dollar im Laufe des Lebens, außer bei medizinisch notwendiger Kieferorthopädie)	100% Maximalbetrag von 1.000 US-Dollar pro Leben	100 % (zulässiger Betrag)

1. Der jährliche Höchstbetrag für Zahnbehandlungen ist ein kombinierter Höchstbetrag für Behandlungen innerhalb und außerhalb des Versorgungsnetzes. Gemäß den Richtlinien des Affordable Care Act (ACA) unterliegt die zahnärztliche Versorgung von Kindern nicht den jährlichen Höchstbeträgen.

Leistungen für Behandlungen über 300 \$ im Voraus festlegen

Wenn Ihre Behandlung voraussichtlich 300 US-Dollar oder mehr kostet, bitten Sie Ihren Zahnarzt, vor Behandlungsbeginn eine Kostenübernahmeerklärung mit Delta Dental einzuholen. Dabei wird geprüft, ob die vorgeschlagene Behandlung für Sie geeignet ist und wie viel die Versicherung übernimmt. Durch diese Kostenübernahmeerklärung wissen Sie genau, wie viel die Versicherung zahlt – und wie viel Sie selbst bezahlen müssen. So können Sie die finanziellen Angelegenheiten vor Behandlungsbeginn regeln.

Um die Leistungen im Voraus zu ermitteln, muss Ihr Zahnarzt ein Antragsformular an Delta Dental senden, in dem die geplante Behandlung und die voraussichtlichen Kosten beschrieben sind. Delta Dental sendet Ihnen anschließend eine Abrechnung, auf der die erstattungsfähigen Leistungen und der Erstattungsbetrag aufgeführt sind. Sie können den Behandlungsplan mit Ihrem Zahnarzt besprechen und die durchzuführenden Leistungen vereinbaren. Nach Abschluss der Behandlung senden Sie bitte die Originalabrechnung mit den Behandlungsdaten und den erforderlichen Unterschriften zur Zahlung an Delta Dental zurück.

Bitte lesen Sie Ihre Leistungsbeschreibung (Summary Plan Description) für eine vollständige Liste der Einschränkungen und Ausschlüsse im Bereich der Zahnbehandlung.

Leistungen für Sehbehinderte

So funktioniert der Plan

Sie haben die Möglichkeit, sich von einem am National Vision Administrator (NVA) teilnehmenden Anbieter oder einem anderen Augenspezialisten behandeln zu lassen. Die meisten Leistungen erhalten Sie jedoch, wenn Sie einen teilnehmenden Augenarzt oder Optometristen aufsuchen.

- **Wenn Sie einen teilnehmenden Leistungserbringer in Anspruch nehmen**, erhalten Sie maximale Leistungen, da der Plan die vollen Kosten oder einen großen Teil der Kosten für die meisten Routineleistungen übernimmt.
- **Wenn Sie einen nicht teilnehmenden Leistungserbringer in Anspruch nehmen**, erstattet Ihnen die Versicherung die Kosten für Untersuchungen, Brillengestelle und Brillengläser bzw. Kontaktlinsen. Sie bezahlen die vollen Kosten bei Inanspruchnahme der Leistungen. Anschließend müssen Sie einen Antrag auf Erstattung des Kostenanteils der Versicherung stellen.

Was der Plan beinhaltet

Wenn Sie Leistungen von einem NVA-Teilnehmer in Anspruch nehmen, übernimmt der Plan die Kosten für eine Augenuntersuchung einmal alle 24 Monate.

Der Plan beinhaltet auch die Kosten für ein neues Paar Brillengläser und -fassungen oder Kontaktlinsen bis zu einem Betrag von 120 US-Dollar alle 24 Monate (bzw. alle 12 Monate für Kinder unter 19 Jahren).

Wenn Sie Leistungen von einem nicht teilnehmenden Augenarzt in Anspruch nehmen, übernimmt der Plan einmal alle 24 Monate (bzw. einmal alle 12 Monate für Kinder unter 19 Jahren) bis zu 30 US-Dollar für eine Augenuntersuchung.

Der Plan übernimmt außerdem einmal alle 24 Monate bis zu 60 US-Dollar für Brillengläser und bis zu 60 US-Dollar für Brillengestelle oder bis zu 120 US-Dollar für Kontaktlinsen für Kinder und Erwachsene.

Nicht gedeckte Kosten (Bitte beachten Sie, dass dies nur eine Teilliste ist.)

Der Visionplan umfasst Folgendes nicht:

- Fundusfotografie;
- Medizinische oder chirurgische Behandlung der Augen;
- Dienstleistungen oder Materialien, die aufgrund des Arbeitnehmerentschädigungsgesetzes bereitgestellt oder erlangt wurden von einer Regierungsbehörde oder einem Regierungsprogramm; oder
- Einfache oder verschreibungspflichtige Sonnenbrillen.

Im Rahmen des Sehplans können Sie Ihre Versichertenkarte für augenärztliche Leistungen oder Brillen verwenden. Die Karte ist jedoch nicht mit Sonderangeboten wie Gutscheinen oder Sonderaktionen kombinierbar.

Lebensversicherung und Unfalltod & Unfallversicherung (AD&D)

Heute ist die Lebensversicherung mehr als nur eine „Sorglos-Paket“ – sie gehört zu den Notwendigkeiten des Lebens.

Eine Lebensversicherung bietet Ihrer Familie oder allen Personen, die auf Ihr Einkommen angewiesen sind, im Todesfall Schutz. Eine Unfallversicherung mit Todesfall- und Invaliditätsleistung (AD&D) zahlt Ihnen eine Leistung, wenn Sie durch einen Unfall eine Gliedmaße oder Ihr Augenlicht verlieren, und Ihren Begünstigten, wenn Sie infolge eines versicherten Unfalls sterben.

Angehörige haben keinen Anspruch auf Lebens- und Unfallversicherungsschutz.

Diese Lebensversicherungsleistung

wird in der Regel nur dann ausgezahlt, wenn Sie während einer aktiven, versicherten Beschäftigung sterben.

Eine etwaige AD&D-Leistung, die aufgrund Ihres Unfalltodes fällig wird, entspricht der Höhe Ihrer Lebensversicherung und wird zusätzlich zu Ihrer Lebensversicherungsleistung gezahlt.

Die Höhe der

Unfallversicherungsleistung hängt von der Art des Unfallschadens ab.

Weitere Informationen finden Sie in Ihrer zusammenfassenden Planbeschreibung oder erhalten Sie telefonisch beim Fondsbüro.

Es können Ausnahmen und bestimmte Einschränkungen gelten. Eine vollständige Liste der Ausschlüsse und Einschränkungen finden Sie in Ihrer zusammenfassenden Leistungsbeschreibung.

Exklusiver Vorteil für Mitarbeiter

Natürlicher Tod	25.000 US-Dollar
Tod, Unfall	25.000 US-Dollar (zusätzlich zu den oben genannten Beträgen)
Leistungen bei Gliedmaßenverlust	Der genaue Betrag wird durch den Verlust bestimmt

Nicht vergessen – Ihr Begünstigter

Damit Ihre Leistungen an die gewünschte Person ausgezahlt werden, müssen Sie Ihren Begünstigten benennen und die Angaben zu Ihrem Begünstigten stets aktualisieren. Wenn Sie neu anspruchsberechtigt sind oder sich Ihr Angehörigenstatus ändert, füllen Sie bitte das Formular „Demografische Erhebung/Informationen zum Begünstigten“ aus. Wenden Sie sich an die Fondsverwaltung, falls Sie ein neues Formular benötigen. Senden Sie das Formular an die Fondsverwaltung zurück.

Kurzfristige Arbeitsunfähigkeitsleistungen

Wenn Sie Vollzeitbeschäftigter sind und Ihr Arbeitgeber einen zusätzlichen Beitrag zum Fonds für kurzfristige Arbeitsunfähigkeitsleistungen leistet, haben Sie Anspruch auf kurzfristige Arbeitsunfähigkeitsleistungen.

Die Leistungen bei kurzfristiger Arbeitsunfähigkeit bieten Ihnen und Ihrer Familie eine zusätzliche wöchentliche Zahlung, wenn Sie aufgrund einer nicht arbeitsbedingten Krankheit oder Verletzung arbeitsunfähig werden.

Die Dauer der Kurzzeit-Arbeitsunfähigkeitsrente richtet sich nach der Diagnose und den geltenden Richtlinien. Die maximale Leistungsdauer beträgt jedoch 26 Wochen. Um Kurzzeit-Arbeitsunfähigkeitsrente zu erhalten, müssen Sie ein Antragsformular ausfüllen und eine Bescheinigung eines approbierten Arztes vorlegen, die Ihre Arbeitsunfähigkeit bestätigt. Hinweis: Auch Anbieter von Leistungen bei psychischen Erkrankungen können eine Arbeitsunfähigkeit bescheinigen.

Wenn Sie anspruchsberechtigt sind, erhalten Sie eine wöchentliche Leistung in Höhe eines Prozentsatzes Ihres regulären Gehalts, bis zu einem wöchentlichen Höchstbetrag, solange Sie arbeitsunfähig sind und sich in der direkten regelmäßigen Betreuung eines rechtlich qualifizierten Arztes befinden oder Ihre Betreuung von einem MHC-Anbieter für psychische Gesundheit/Substanzgebrauch übernommen wird.

Ihr Anspruch auf Krankengeld beginnt am vierten Werktag nach Ihrem Arztbesuch aufgrund Ihrer Arbeitsunfähigkeit. Krankengeld wird nicht für Zeiträume gezahlt, in denen Sie vor Ihrem Arztbesuch arbeitsunfähig waren.

Formulare für Kurzzeit-Arbeitsunfähigkeitsleistungen müssen fristgerecht eingereicht werden. Wenn Sie aufgrund einer andauernden Arbeitsunfähigkeit länger als einen Monat arbeitsunfähig sind, müssen Sie regelmäßig – in der Regel einmal im Monat – die entsprechenden Formulare („blaue Formulare“) einreichen. Weitere Informationen zu Fristen und Zeitpunkten finden Sie auf dem Formular. Wenden Sie sich an die zuständige Stelle, um ein Formular zu erhalten. Sie erhalten nur dann eine Gutschrift auf Ihre Anspruchsberechtigung, wenn Sie Kurzzeit-Arbeitsunfähigkeitsleistungen beziehen.

Weitere Informationen zu Leistungen bei kurzfristiger Arbeitsunfähigkeit finden Sie in Ihrer Leistungsbeschreibung oder rufen Sie das Fondsbüro unter 215-568-3262 oder außerhalb des Ortsnetzes unter 800-338-9025 an.

* Wenn Ihr Arbeitgeber verpflichtet ist, einen zusätzlichen Beitrag für Leistungen bei kurzfristiger Arbeitsunfähigkeit zu leisten.

Bitte beachten Sie: Einige Arbeitgeber unterliegen aufgrund ihrer Vertragsbedingungen möglicherweise weiterhin der pauschalen Leistungspauschale. Wenn Sie Anspruch auf die wöchentliche Pauschalleistung für Teilzeitbeschäftigte mit weniger als 30 Wochenstunden haben, beträgt diese 130 US-Dollar pro Woche.

Der Begriff „juristisch qualifizierter Arzt“ umfasst Ärzte (MD), Osteopathen (DO), Zahnärzte (DDS), Zahnärzte (DMD) und Podologen (DPM).

Anträge auf Krankengeld müssen innerhalb von 60 Tagen nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit beim Fonds eingereicht werden. Bitte stellen Sie sicher, dass alle Abschnitte vollständig ausgefüllt und von Ihnen, Ihrem Arbeitgeber und Ihrem behandelnden Arzt unterschrieben sind, bevor Sie de

Wichtige Hinweise

Der Wohlfahrtsfonds der SEIU Local 32 BJ, District 36 BOLR („der Fonds“), ist verpflichtet, Ihnen die folgenden wichtigen Mitteilungen zukommen zu lassen. Bitte lesen Sie diese sorgfältig durch, damit Sie Ihre Rechte und Pflichten kennen.

Besondere Anmelderechte gemäß HIPAA

Wenn Sie die Krankenversicherung für sich oder Ihre Angehörigen (einschließlich Ihres Ehepartners) aufgrund einer anderen Krankenversicherung ablehnen, können Sie sich oder Ihre Angehörigen möglicherweise später in diesem Tarif anmelden, sofern Sie die Anmeldung innerhalb von 31 Tagen nach Ende Ihrer anderen Versicherung beantragen und entsprechende Nachweise vorlegen. Wenn Sie durch Heirat, Adoption oder Adoption ein neues Familienmitglied bekommen, können Sie sich und Ihre Angehörigen ebenfalls in diesem Tarif anmelden, sofern Sie die Anmeldung innerhalb von 31 Tagen nach der Heirat, Adoption oder Adoption beantragen. Bei Geburt eines Kindes können Sie sich und Ihre Angehörigen ebenfalls in diesem Tarif anmelden, sofern Sie die Anmeldung innerhalb von 90 Tagen nach der Geburt beantragen.

Der Fonds bietet außerdem eine Sonderanmeldemöglichkeit, wenn Sie oder Ihre anspruchsberechtigten Angehörigen entweder:

- Sie verlieren Ihren Versicherungsschutz durch Medicaid oder das Kinderkrankenversicherungsprogramm (CHIP), weil Sie nicht mehr anspruchsberechtigt sind, oder
- Anspruch auf Prämienbeihilfe eines Bundesstaates im Rahmen von Medicaid oder CHIP erwerben.

Für diese Anmeldemöglichkeiten haben Sie ab dem Datum der Medicaid/Änderung der CHIP-Berechtigung zur Beantragung der Teilnahme am Fonds. Bitte beachten Sie, dass diese 60-tägige Fristverlängerung **nur** für Anmeldemöglichkeiten aufgrund von Änderungen der Medicaid/CHIP-Berechtigung gilt.

Die Anmeldeunterlagen müssen innerhalb von 31, 60 oder 90 Tagen nach Antragstellung auf Sonderanmeldung vollständig ausgefüllt und alle Nachweise über den Angehörigenstatus dem Plan vorgelegt werden. Sollten Sie die Anmeldeunterlagen nicht innerhalb der vorgegebenen Frist vervollständigen und die Nachweise über den Angehörigenstatus nicht innerhalb dieser Frist erbringen können (beispielsweise, wenn zusätzliche Zeit für die Beschaffung einer Geburtsurkunde für ein Neugeborenes benötigt wird), kann die Frist verlängert werden.

KOBRA

Gemäß dem Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act von 1986 (COBRA) können Sie und Ihre anspruchsberechtigten Angehörigen den Krankenversicherungsschutz für bis zu 18 Monate fortsetzen, wenn der Versicherungsschutz aus folgenden Gründen endet:

- Sie beenden Ihr Arbeitsverhältnis aus irgendeinem Grund (außer grobem Fehlverhalten), oder
- Ihre Arbeitszeit wird reduziert.

COBRA ermöglicht es Ihren anspruchsberechtigten Angehörigen außerdem, ihren Krankenversicherungsschutz für bis zu 36 Monate fortzuführen, wenn der Versicherungsschutz andernfalls aus folgenden Gründen enden würde:

- Du stirbst,
- Sie und Ihr Ehepartner lassen sich scheiden oder leben getrennt,
- Sie werden für Medicare berechtigt, oder
- Ihre Angehörigen sind nicht mehr im Rahmen des Krankenversicherungsplans versicherungsberechtigt.

Sie und Ihre Angehörigen können die Versicherung grundsätzlich innerhalb von 60 Tagen nach deren Beendigung oder ab dem Datum des Erhalts der Kündigungsmitteilung (je nachdem, welcher Zeitpunkt später liegt) fortsetzen. Die Fortführung des Versicherungsschutzes tritt am ersten Tag des Monats nach dem Ereignis, das zur Beendigung des Versicherungsschutzes geführt hat, in Kraft, sofern Sie die erforderliche Prämie entrichten. Sie können nur den Versicherungsschutz fortführen, der einen Tag vor dem Ereignis bestand. Änderungen Ihrer Wahlmöglichkeiten können Sie jedoch jedes Jahr während der jährlichen Anmeldefrist vornehmen.

Wenn sich der Krankenversicherungsplan ändert, gelten diese Änderungen auch für den Versicherungsschutz im Rahmen von COBRA.

Um Versicherungsschutz nach COBRA zu erhalten, müssen Sie und/oder Ihre anspruchsberechtigten Angehörigen rechtzeitig eine Wahl treffen und monatliche Prämienzahlungen leisten.

Gesetz zum Schutz der Gesundheit von Neugeborenen und Müttern

Gruppenkrankenversicherungen und Krankenversicherer dürfen nach Bundesrecht die Leistungen für die Dauer eines Krankenhausaufenthalts im Zusammenhang mit der Geburt für Mutter oder Neugeborenes grundsätzlich nicht auf weniger als 48 Stunden nach einer vaginalen Entbindung bzw. weniger als 96 Stunden nach einem Kaiserschnitt beschränken. Das Bundesrecht verbietet dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin jedoch in der Regel nicht, die Mutter oder das Neugeborene nach Rücksprache mit der Mutter früher als nach 48 Stunden (bzw. 96 Stunden) zu entlassen.

In jedem Fall dürfen Krankenversicherungen und Krankenversicherer nach Bundesrecht nicht verlangen, dass ein Leistungserbringer eine Genehmigung der Krankenversicherung oder des Krankenversicherers einholt, um eine Aufenthaltsdauer von höchstens 48 Stunden (bzw. 96 Stunden, falls zutreffend) vorzuschreiben.

Gesetz über Frauengesundheit und Krebsrechte

Das Gesetz über die Rechte von Frauen im Bereich Gesundheit und Krebs (Women's Health and Cancer Rights Act) verpflichtet Gruppenkrankenversicherungen und deren Versicherungsgesellschaften sowie HMOs, bestimmte Leistungen für Patientinnen nach einer Mastektomie zu erbringen, die sich für eine Brustrekonstruktion entscheiden. Im Falle einer Versicherten, die Leistungen im Zusammenhang mit einer Mastektomie bezieht, erfolgt die Kostenübernahme in Absprache mit dem behandelnden Arzt für:

- Alle Phasen der Rekonstruktion der Brust, an der die Mastektomie durchgeführt wurde;
- Operation und Rekonstruktion der anderen Brust, um ein symmetrisches Erscheinungsbild zu erzielen;
Und
- Prothesen und Behandlung von körperlichen Komplikationen nach einer Mastektomie, einschließlich Lymphödem

Die Leistungen für Brustrekonstruktionen unterliegen Selbstbehalten und Kostenbeteiligungsbeschränkungen, die mit den für andere Leistungen im Rahmen des Plans festgelegten Bestimmungen übereinstimmen.

Erinnerung an den HIPAA-Datenschutzhinweis

Die Datenschutzbestimmungen des Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) verpflichten den SEIU Local 32 BJ, District 36 BOLR Welfare Plan (der „Plan“), die Teilnehmer regelmäßig an die Verfügbarkeit der Datenschutzerklärung des Plans und deren Bezugsmöglichkeiten zu erinnern. Die Datenschutzerklärung erläutert die Rechte der Teilnehmer und die rechtlichen Pflichten des Plans in Bezug auf geschützte Gesundheitsdaten (PHI) sowie deren Verwendung und Weitergabe. Sie können eine Kopie der Datenschutzerklärung auch telefonisch beim Fonds unter +1 215-568-3262, Durchwahl 1400, oder +1 800-338-9025, Durchwahl 1400 (außerhalb des Ortsnetzes) anfordern.

Medicaid und das Kinderkrankenversicherungsprogramm (CHIP)

Prämienbeihilfe im Rahmen von Medicaid und dem Kinderkrankenversicherungsprogramm (CHIP)

Wenn Sie oder Ihre Kinder Anspruch auf Medicaid oder CHIP haben und Sie über Ihren Arbeitgeber krankenversichert sind, bietet Ihr Bundesstaat möglicherweise ein Prämienbeihilfeprogramm an, das Ihnen mit Mitteln aus den Medicaid- oder CHIP-Programmen bei den Versicherungskosten hilft. Sollten Sie oder Ihre Kinder keinen Anspruch auf Medicaid oder CHIP haben, sind Sie nicht für diese Prämienbeihilfeprogramme berechtigt, können aber möglicherweise eine private Krankenversicherung über den Krankenversicherungsmarktplatz abschließen. Weitere Informationen finden Sie unter www.healthcare.gov.

Wenn Sie oder Ihre Angehörigen bereits bei Medicaid oder CHIP versichert sind und in einem der unten aufgeführten Bundesstaaten wohnen, wenden Sie sich an Ihr zuständiges Medicaid- oder CHIP-Büro, um zu erfahren, ob eine Prämienunterstützung verfügbar ist.

Wenn Sie oder Ihre Angehörigen derzeit nicht bei Medicaid oder CHIP versichert sind und glauben, dass Sie oder Ihre Angehörigen für eines dieser Programme in Frage kommen könnten, wenden Sie sich bitte an die zuständige Medicaid- oder CHIP-Stelle Ihres Bundesstaates oder rufen Sie die Nummer **877-KIDS NOW** an bzw. besuchen Sie www.insurekidsnow.gov, um Informationen zur Antragstellung zu erhalten. Falls Sie die Voraussetzungen erfüllen, erkundigen Sie sich bei Ihrem Bundesstaat, ob es ein Programm gibt, das Sie bei der Zahlung der Beiträge für eine betriebliche Krankenversicherung unterstützen könnte.

Wenn Sie oder Ihre Angehörigen Anspruch auf Prämienbeihilfe im Rahmen von Medicaid oder CHIP haben und auch über Ihren Arbeitgeber versichert sind, muss Ihr Arbeitgeber Ihnen die Anmeldung zu Ihrem Arbeitgeberplan ermöglichen, sofern Sie noch nicht angemeldet sind. Dies wird als „Sonderanmeldemöglichkeit“ bezeichnet. **Sie müssen die Versicherung innerhalb von 60 Tagen nach Feststellung Ihres Anspruchs auf Prämienbeihilfe beantragen.** Bei Fragen zur Anmeldung zu Ihrem Arbeitgeberplan wenden Sie sich bitte an das US-Arbeitsministerium unter www.askebsa.dol.gov oder telefonisch unter **866-444-EBSA (3272)**.

Die folgende Liste der Bundesstaaten ist auf dem Stand vom 31. Juli 2025. Kontaktieren Sie Ihren Bundesstaat für weitere Informationen zur Teilnahmeberechtigung.

PENNSYLVANIA	Medicaid und CHIP
Medicaid-Website	https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html
Medicaid-Telefon	800-692-7462
CHIP-Website	https://www.dhs.pa.gov/CHIP/Pages/CHIP.aspx
Chip-Telefon	800-986-KIDS (5437)
NEW JERSEY	Medicaid und CHIP
Medicaid-Website	http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/
Medicaid-Telefon	800-356-1561
CHIP Premium-Hilfetelefon	609-631-2392
CHIP-Website	http://www.njfamilycare.org/index.html
Chip-Telefon	800-701-0710 (TTY: 711)
NEW YORK	Medicaid
Medicaid-Website	https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/
Medicaid-Telefon	800-541-2831
DELAWARE	Medicaid und CHIP
Medicaid-Website	http://dhss.delaware.gov/dhss/dmma/medicaid.html
Medicaid-Telefon	302-571-4900 oder 866-843-7212
CHIP-Website	http://dhss.delaware.gov/dhss/dmma/dhcp.html
Chip-Telefon	302-571-4900 oder 866-843-7212
MARYLAND	Medicaid und CHIP
Medicaid-Website	https://health.maryland.gov/mmcp/Pages/home.aspx
Medicaid-Telefon	855-642-8572
CHIP-Website	https://mmcp.health.maryland.gov/chp/pages/home.aspx
Chip-Telefon	855-642-8572 (TTY 711)

Um herauszufinden, ob Ihr Bundesstaat ein Prämienunterstützungsprogramm anbietet, oder um weitere Informationen zu besonderen Anmelderechten zu erhalten, wenden Sie sich bitte an:

US-Arbeitsministerium, US-Gesundheitsministerium
Verwaltung der Mitarbeiterleistungen (Centers for Medicare & Medicaid Services)
www.dol.gov/agencies/ebsa www.cms.hhs.gov
866-444-EBSA (3272)

877-267-2323, Menüoption 4, Durchwahl 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.

www.seiu36.com



Oktober 2025

Union Bug