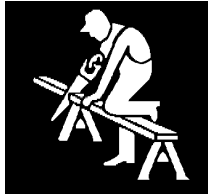


**CARPENTERS HEALTH & WELFARE  
AND PENSION TRUST FUNDS  
DEL NORTE DE CALIFORNIA**



**BENEFICIOS POR INCAPACIDAD  
PARA LOS PARTICIPANTES ACTIVOS  
NOVIEMBRE DE 2007**

Carpenters Health and Welfare & Pension  
Trust Funds del Norte de California  
P.O. Box 2380  
Oakland CA 94621

Este folleto sobre incapacidad se diseñó para ayudarle a procesar oportunamente su solicitud o solicitudes y darle a conocer información importante referente a los beneficios por incapacidad de Carpenters Health and Welfare Trust Fund de California y de Carpenters Pension Trust Fund del Norte de California.

Se incluyen los formularios necesarios para iniciar la extensión de la cobertura médica por incapacidad, los beneficios semanales por incapacidad y la certificación de incapacidad para créditos de elegibilidad de la pensión.

Por favor proporcione toda la información que se pide en las solicitudes que se encuentran en la parte posterior de este folleto. Es importante que lea detenidamente **toda** la información contenida en este paquete. La manera en que responda a las preguntas de estos formularios y la información que proporcione tendrán un impacto directo en los beneficios que usted puede tener derecho a recibir ahora y en el futuro.

Si tiene preguntas que no se contestan en este folleto, o necesita la aclaración de cualquier tipo de información proporcionada por Carpenters Health and Welfare Trust Fund de California o por Carpenters Pension Trust Fund del Norte de California, puede llamar a la línea telefónica gratuita (888) 547-2054 o al (510) 633-0333, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. o visite [www.carpenterfunds.com](http://www.carpenterfunds.com).

Las declaraciones que contiene este folleto son de naturaleza general. Todos los beneficios, inclusive los Beneficios por Incapacidad, están sujetos a, y controlados por las Normas y Reglamentos de los Planes de Salud y Bienestar y de Pensiones. En el caso de que exista cualquier conflicto entre este folleto y las estipulaciones de las Normas y Reglamentos de cualquiera de los Planes, prevalecerán las estipulaciones contenidas en las Normas y Reglamentos.

Solamente la Junta de Fideicomisarios completa está autorizada para interpretar los Planes. Las juntas tienen la discreción de tomar decisiones sobre todos los asuntos relacionados con los planes, inclusive aquellos relacionados con su elegibilidad para recibir los beneficios y con la cantidad de beneficios pagaderos a usted. Ningún Fideicomisario, Empleado ni Representante del Sindicato tiene autoridad para interpretar los planes en nombre de las juntas, ni de actuar como un agente de las mismas.

Excepto como las leyes federales lo prohíban, las Juntas de Fideicomisarios tienen el derecho de cambiar o discontinuar (1) los tipos y las cantidades de los beneficios bajo los Planes y (2) las reglas de elegibilidad, inclusive las que proporcionan elegibilidad extendida o acumulada, aunque la elegibilidad ya se haya acumulado. La naturaleza y la cantidad de los beneficios del Plan siempre estarán sujetas a los términos reales del plan según existan en el momento de la reclamación. De vez en cuando las reglas y los beneficios del plan pueden cambiar.

## BENEFICIOS POR INCAPACIDAD

### *¿Qué Beneficios por Incapacidad pueden estar a mi disposición en caso de que me incapacite?*

1. Extensión del Banco de Horas para beneficios médicos y de bienestar, una extensión de hasta 9 meses para los participantes del Plan A y una extensión de hasta 4 meses para los participantes de los Planes B y R.
2. Pago de los Beneficios Semanales por Incapacidad para complementar los Beneficios Estatales por Incapacidad, o los Beneficios Temporales del Seguro por Accidentes en el Trabajo, hasta 52 semanas.
- 2.3. Créditos de elegibilidad de la pensión.

## EXTENSIÓN DE LA COBERTURA MÉDICA:

### *¿Quién es elegible para recibir una Extensión del Banco de Horas?*

Los participantes que son **elegibles en el momento de la incapacidad** (lesión o enfermedad) y que **tienen el requisito mínimo del banco de horas**. Este Beneficio no está disponible para los participantes de COBRA ni para los participantes del Plan de Tarifa Fija.

### *¿Cuándo debo solicitar una Extensión del Banco de Horas por Incapacidad?*

Tiene seis meses a partir de la fecha en que se incapacite para solicitar este beneficio. Si no solicita este beneficio en un lapso de seis meses se cancelará su elegibilidad para recibirlo.

### *¿Qué información se necesita para tomar una determinación referente a mi Extensión del Banco de Horas por Incapacidad?*

Para determinar si usted tiene derecho a una Extensión del Banco de Horas por Incapacidad, Carpenters Health and Welfare Trust Fund de California debe recibir:

Una solicitud completada de Extensión por Incapacidad. Su médico debe completar la sección de la solicitud que incluye:

- § Un diagnóstico del problema médico causante de la incapacidad,
- § La fecha de inicio de la incapacidad y la fecha proyectada de terminación de la incapacidad,
- § La firma del médico.

En este paquete se incluyen los formularios para obtener esta información.

Generalmente se puede tomar una determinación en un plazo de dos semanas a partir de la fecha en que Carpenters Health and Welfare Trust Fund de California recibe la solicitud completada.

### *¿Qué sucede si no se aprueba mi solicitud?*

Si se determina que usted no cumple los requisitos para recibir una extensión del Banco de Horas, puede apelar esta decisión a través del procedimiento de Apelaciones del Plan.

## BENEFICIO SEMANAL POR INCAPACIDAD - Planes A, B y R

*Este beneficio aplica sólo a los Participantes Elegibles que:*

- § sean elegibles bajo el Plan en el primer día de la incapacidad; y
- § hayan trabajado al menos 1 día para un empleador Contribuyente durante el período de 30 días inmediatamente anterior al inicio de la incapacidad, y
- § hayan sido elegibles bajo el Plan en cada uno de los 12 meses calendario inmediatamente anteriores al primer día de la incapacidad. *(La elegibilidad durante el período de calificación de 12 meses debe haberse ganado mediante horas de trabajo o el banco de horas, y no como resultado de una extensión de la elegibilidad por incapacidad.)*

El Plan define el primer día de incapacidad como la fecha en la que comienza a recibir los Beneficios del

Seguro Estatal por Incapacidad o del Seguro de Indemnización por Accidentes en el Trabajo. Para poder recibir los beneficios, el participante Activo debe tener derecho a recibir, ya sea beneficios del Seguro Estatal por Incapacidad (State Disability Insurance, SDI) o beneficios del Seguro de Indemnización por Accidentes en el Trabajo (Workers' Compensation, WC) durante más de 28 días consecutivos y debe satisfacer todos los requisitos descritos en la sección anterior. Los beneficios son pagaderos después de los primeros 28 días de incapacidad. Los dependientes, los participantes de COBRA y del Plan de Tarifa Fija no son elegibles para recibir este beneficio.

***¿Cuál es la cantidad del Beneficio Semanal por Incapacidad?***

Los Fideicomisarios modifican la cantidad pagadera de vez en cuando. Para el 1.º de julio de 2003, el beneficio para los participantes elegibles es de \$63 por semana ya sea que se trate del Seguro Estatal por Incapacidad o del Seguro de Indemnización Temporal por Accidentes en el Trabajo. Número máximo de semanas pagaderas: 52 semanas. La cantidad semanal que usted recibe será la tasa de beneficios aprobada vigente en el momento de su incapacidad.

**Los beneficios se reducirán si se reciben Beneficios de Incapacidad del Seguro Social o Beneficios de Pensión por Incapacidad del Carpenters Pension Trust Fund del Norte de California.**

**En el evento de que una incapacidad anteriormente clasificada como Incapacidad Temporal según el Plan Estatal o Incapacidad Temporal según el Seguro de Indemnización por Accidentes en el Trabajo se reclasifique retroactivamente como “permanente”, se podrá requerir el ajuste retroactivo de los beneficios. Puede requerirse que un participante cuya incapacidad se reclasifique como incapacidad permanente, reembolse al Fondo todo sobrepago que haya recibido, o que se le reajusten los pagos futuros hasta que tal sobrepago sea reembolsado al fondo.**

Si usted reside en un estado que no proporciona beneficios del SDI, puede ser elegible para recibir el beneficio Semanal por Incapacidad si cumple con los Requisitos del Plan.

***¿Cuándo debo solicitar los Beneficios Semanales por Incapacidad?***

Debe solicitarlos dentro de un plazo de 12 meses a partir del inicio de la Incapacidad. **Si no solicita el Beneficio de Discapacidad Semanal dentro del plazo de 12 meses, se cancelará su elegibilidad para recibir tal beneficio.**

***¿Qué información se necesita para solicitar los Beneficios Semanales por Incapacidad?***

A fin de determinar si usted califica para recibir los Beneficios Semanales por Incapacidad, Carpenters Health and Welfare Trust Fund de California debe recibir:

- § Una solicitud completada para recibir los Beneficios Semanales por Incapacidad, y
- § Se deben adjuntar a la solicitud copias de los talones de los cheques de los beneficios del Seguro Estatal por Incapacidad o de los beneficios del Seguro de Indemnización por Accidentes en el Trabajo hasta y después del 29.º día de la incapacidad, en los que aparezca el nombre y el número de Seguro Social del participante.

En este paquete se incluyen los formularios para obtener este beneficio.

Generalmente se puede tomar una determinación en un plazo de dos semanas a partir de la fecha en que Carpenters Health and Welfare Trust Fund de California reciba toda la información solicitada y adecuadamente completada.

***¿Debo pagar impuestos sobre este beneficio?***

Sí, los Beneficios Semanales por Incapacidad se consideran ingreso gravable. El participante recibirá un formulario 1099 al final del año calendario.

***¿Qué impuestos se retendrán de este beneficio?***

De este beneficio se deducirán los impuestos contemplados en la Ley Federal de Contribuciones del Seguro (Federal Insurance Contributions Act, FICA) y en la Ley de Impuesto Federal para el Desempleo (Federal Unemployment Tax Act, FUTA).

***¿Qué sucede con los impuestos estatales y federales sobre el ingreso?***

No se retendrán impuestos estatales sobre el ingreso, y a menos que usted específicamente solicite que se retengan los impuestos federales mediante la presentación del formulario W-4s, no se retendrán los impuestos federales sobre el ingreso. Aunque no se retengan estos impuestos, usted aún tendrá estas obligaciones impositivas. Comuníquese con su asesor de impuestos para preguntarle la cantidad de tal impuesto.

***¿Qué sucede si no se aprueba mi solicitud?***

Si se determina que usted no cumple los requisitos para recibir el Beneficio Semanal por Incapacidad, usted puede apelar esta decisión mediante los procedimientos de Apelación del Plan.

# **BENEFICIOS DE PENSIÓN POR INCAPACIDAD**

## **CRÉDITO DE ELEGIBILIDAD PARA SERVICIO FUTURO POR INCAPACIDAD**

### ***¿Qué son los Créditos de Elegibilidad para Servicio Futuro en Períodos sin Trabajo?***

Las horas de pensión que se acreditan a una persona aunque ella haya estado ausente de un Empleo Cubierto.

### ***¿Quién es elegible para recibir estos créditos?***

Los participantes cuyo último empleo fue para un Empleador Contribuyente y cuya ausencia de un Empleo Cubierto se debe a una de las siguientes razones:

1. Incapacidad por el período en que se pagaron los beneficios del Seguro Estatal por Incapacidad de California o que constituyó un período de espera válido para tales beneficios.
2. Incapacidad por el período durante el cual se pagaron beneficios por incapacidad temporal del Seguro de Indemnización por Accidentes en el Trabajo o beneficios por incapacidad temporal del Seguro de Indemnización por Accidentes en el Trabajo para Cargadores de Muelle y Obreros Portuarios (Longshoremen's and Harbor Workers Compensation Act), o que constituyó un período de espera válido para tales beneficios.

### ***¿Qué créditos hay disponibles?***

Se acreditarán horas adicionales hacia los Créditos de Elegibilidad para Servicio Futuro de un participante bajo el Plan de Pensiones por cada día de ausencia calificante.

### ***¿Cómo solicito este beneficio?***

Los participantes pueden solicitar Créditos de Elegibilidad para Servicio Futuro completando y presentando el formulario requerido de Créditos de Elegibilidad para Servicio Futuro y presentando el comprobante requerido, tal como:

- § Copias de los cheques que muestren un comprobante de pago de los beneficios temporales del SDI de California.
- § Copias de los cheques que muestren un comprobante de pago de beneficios temporales del Seguro de Indemnización por Accidentes en el Trabajo.

### ***¿Qué sucede si no se aprueba mi solicitud de Crédito para Servicio Futuro?***

Si se determina que usted no cumple los requisitos para recibir Créditos de Elegibilidad para Servicio Futuro, puede apelar esta decisión mediante los procedimientos de Apelación del Plan.

**ASUNTO:      CARPENTERS HEALTH AND WELFARE TRUST FUND DE CALIFORNIA  
CERTIFICADO DE LA SOLICITUD DE EXTENSIÓN POR INCAPACIDAD**

Estimado Participante:

Se pueden proporcionar créditos por incapacidad con el fin de extender la elegibilidad para recibir beneficios médicos y de bienestar. El período de la extensión varía y *se pueden otorgar de uno a nueve meses dependiendo del plan* en el que usted sea participante elegible.

Para tener derecho a una extensión, un participante **activo** debe ser elegible al inicio de la incapacidad y tener al menos un mes completo adicional de elegibilidad en su banco de horas. (Los participantes del Plan R deben ser elegibles en el mes en que ocurra la incapacidad y tener elegibilidad ganada para el mes posterior a la fecha de la incapacidad. Este Beneficio no está disponible para los participantes de COBRA ni para los participantes del Plan de Tarifa Fija.)

- EJEMPLO:**
- (1) Si era elegible cuando se incapacitó en abril y tenía al menos un mes de elegibilidad en el banco de horas para la cobertura de mayo; **la elegibilidad se puede extender.**
  - (2) Si era elegible cuando se incapacitó en abril pero tenía menos de un mes de elegibilidad en el banco de horas, o sea que no tenía cobertura para mayo; **la elegibilidad no se puede extender.**
  - (3) No era elegible cuando se incapacitó en abril; **la elegibilidad no se puede extender.**

**EL CERTIFICADO SE DEBE PRESENTAR EN UN PLAZO DE SEIS MESES A PARTIR DEL INICIO DEL PERÍODO DE INCAPACIDAD.  
(Vea al reverso de esta Notificación sobre el Certificado.)**

**Por favor note:** Un empleado activo que haya agotado su banco de horas y su extensión de incapacidad, puede volver a ser elegible cuando su banco de horas acumule el número de horas requeridas para la elegibilidad de un mes, siempre y cuando las horas se acumulen dentro del período de tiempo estipulado en el documento del plan. El número de horas necesarias y el período de tiempo permitido para acumular un mes en el banco de horas depende del plan en el que el participante gane su elegibilidad. Además, aplica el mes de demora.

Los participantes deben presentar una carta de su médico que indique la fecha en la que se les da de alta de la incapacidad.

Para solicitar una extensión, por favor proporcione la información que se solicita al reverso de esta notificación y envíe la solicitud completada a la Oficina del Fondo de Fideicomiso. Por favor comuníquese con la Oficina del Fondo si tiene preguntas concernientes a esta notificación.

Si usted es un Participante Elegible Activo y se **“Incapacita Totalmente”** antes de cumplir los 60 años de edad, su seguro colectivo de vida se puede continuar sin costo para usted durante la incapacidad total. Para obtener esta protección, debe notificar prontamente a la Oficina del Fondo sobre su **“Incapacidad Total”** y *presentar una solicitud a la compañía de seguros de vida*. La notificación al Sindicato Local o a la Oficina del Fondo de Fideicomiso, no es notificación suficiente para obtener este beneficio; la póliza del seguro de vida requiere que **la compañía de seguros reciba** los formularios necesarios, junto con el comprobante de incapacidad total **en un plazo de un año a partir de la fecha en la que usted se incapacita.**

**CERTIFICADO DE LA SOLICITUD DE EXTENSIÓN POR INCAPACIDAD**

**PARA QUE CARPENTER COMPLETE**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Nº de Seguro Social, UBC o número de ID del participante:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_  
Número y calle Ciudad Estado Código postal

**Número de teléfono** \_\_\_\_\_

**Cuando ocurrió esta incapacidad, usted estaba**  **EN EL TRABAJO**  **EN EL HOGAR**  
 **OTRO (explique)**

**Nombre del último empleador:** \_\_\_\_\_ **Último día de trabajo:** \_\_\_\_\_  
Mes Día Año

**¿Cree usted que su problema médico fue causado o agravado por su trabajo?**  **SÍ**  **NO**

Las respuestas anteriores son verídicas y correctas a mi mejor entender

**FIRMA:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

**PARA QUE EL MÉDICO COMPLETE**

Este documento certifica que la persona cuyo nombre aparece arriba está/estuvo ausente del Empleo Cubierto como Carpintero debido a incapacidad en el período desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

**Diagnóstico** \_\_\_\_\_

**Ocupacional**  **No ocupacional**

**Si fue un accidente, fecha de la lesión** \_\_\_\_\_.

**La compañía aseguradora u otra agencia que se facturó o se va a facturar por sus servicios:**

**Nombre de la compañía aseguradora:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_  
Número y calle Ciudad Estado Código postal

**Nombre del médico:** \_\_\_\_\_  
Por favor escriba con letra de molde

**Dirección:** \_\_\_\_\_  
Número y calle Ciudad Estado Código postal

**Número de teléfono:** \_\_\_\_\_

**La firma del médico:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**CARPENTERS HEALTH AND WELFARE TRUST FUND DE CALIFORNIA**  
**SOLICITUD PARA RECIBIR BENEFICIOS SEMANALES POR INCAPACIDAD**

**INSTRUCCIONES:** *Para presentar una reclamación de Beneficios Semanales por Incapacidad, un Empleado debe:*

1. Estar temporalmente incapacitado durante al menos 29 días, **(los beneficios no son pagaderos durante los primeros 28 días).**
2. Completar este formulario y presentar el comprobante requerido de todos los pagos de los beneficios temporales del Seguro de Indemnización por Accidentes en el Trabajo o del Seguro Estatal por Incapacidad en forma de copias de cheques o talonarios de cheques que muestren las fechas de incapacidad pagadas desde la primera fecha pagada.
3. En caso de incapacidad continua, completar un formulario de incapacidad y enviarlo por correo junto con la copia de los pagos de los beneficios temporales del Seguro de Indemnización por Accidentes en el Trabajo o del Seguro Estatal por Incapacidad.
4. Presentar la reclamación en un lapso de 12 meses a partir del inicio de la Incapacidad.

1. Nombre completo \_\_\_\_\_ Seguro Social, UVC, o ID del participante \_\_\_\_\_

2. Domicilio residencial \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
(CALLE Y NÚMERO)  
\_\_\_\_\_  
(Ciudad) (Estado) (Código postal) N.º de teléfono \_\_\_\_\_

3. Último día de trabajo \_\_\_\_\_ Fecha que espera retornar al trabajo \_\_\_\_\_  
(Mes) (Día) (Año) (Mes) (Día) (Año)  
Fecha de la lesión \_\_\_\_\_  
(Mes) (Día) (Año)

4. ¿Ha solicitado?:  
¿Incapacidad por el Seguro Social? Sí  No  Si sí, fecha de la solicitud \_\_\_\_\_  
¿Pensión de Carpenters? Sí  No  Si sí, fecha de la solicitud \_\_\_\_\_  
Fecha en la que se le otorgó una pensión \_\_\_\_\_

5. Nombre y dirección de su último empleador \_\_\_\_\_  
(Nombre)  
\_\_\_\_\_  
(Calle y número) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

6. El primer día completo que estuvo incapacitado fue \_\_\_\_\_  
(Mes) (Día) (Año)  
¿Estuvo hospitalizado? Sí  No  Si sí, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

7. ¿Es ésta la primera reclamación por esta incapacidad? Sí  No   
¿Regresó a trabajar en algún momento durante esta incapacidad? Sí  No  Si sí, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

8. Nombre, dirección y número telefónico de la compañía del seguro de incapacidad por accidentes en el trabajo.  
\_\_\_\_\_  
(Nombre) (Teléfono)  
\_\_\_\_\_  
(Calle y número) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

**Las respuestas anteriores son verídicas y correctas a mi mejor entender.**

**En el evento de que se me otorgue retroactivamente una pensión por incapacidad, autorizo a Carpenters Pension Trust Fund del Norte de California a hacer una deducción de mis pagos retroactivos de pensión por incapacidad y enviar la cantidad debida a Carpenters Health and Welfare Trust Fund de California.**

Firma del empleado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Aviso:** Es ilegal presentar una reclamación falsa o fraudulenta o a sabiendas ayudar a otra persona a presentar una reclamación falsa o fraudulenta. Se le puede multar o enviar a prisión si lo hace. Es posible que se le requiera además pagar daños civiles.

Esta página intencionalmente en blanco.

**ASUNTO: Carpenters Pension Trust Fund del Norte de California  
CERTIFICACIÓN DE INCAPACIDAD PARA CRÉDITOS DE ELEGIBILIDAD**

Estimado Participante:

Un participante recibirá Créditos de Elegibilidad para Servicio Futuro por períodos de ausencia del *Empleo Cubierto* si se han pagado los beneficios por incapacidad temporal del Seguro Estatal por Incapacidad de California o del Seguro de Indemnización por Accidentes en el Trabajo, o del seguro de Indemnización por Accidentes en el Trabajo para Cargadores de Muelle y Obreros Portuarios.

Para recibir este tipo de créditos *debe* completar el formulario que se encuentra al reverso de esta carta *después* de haber recibido el *último pago por incapacidad temporal*, y devolverlo con un comprobante de pago (copias de los talones de los cheques de la compañía del Seguro Estatal por Incapacidad de California, una carta de la compañía del Seguro de Indemnización por Accidentes en el Trabajo, que muestren las fechas de inicio y terminación de los pagos por incapacidad temporal). El formulario se debe enviar por correo a la Oficina del Fondo de Pensiones a la dirección que aparece arriba.

La Sección 6.04 del Artículo 6 de las Normas y Reglamentos del Plan describe el beneficio antedicho. Si tiene preguntas concernientes a este asunto, por favor comuníquese con el Departamento de Beneficios a la dirección, número de teléfono o sitio Web que aparecen arriba.

Atentamente:

Departamento de Beneficios

