CARPENTER FUNDS ADMINISTRATIVE OFFICE OF NORTHERN CALIFORNIA, INC. carpenterfunds.com

265 Hegenberger Road, Suite 100
Oakland, California 94621-1480
Línea telefónica sin costo: (888) 547-2054
Teléfono: (510) 633-0333

Solicitud de beneficios por incapacidad

La solicitud se debe presentar con todos los comprobantes de pago recibidos hasta ahora de su compañía de seguros de incapacidad temporal, el Seguro Estatal por Incapacidad (State Disability Insurance, SDI) o el Seguro de Accidentes en el Trabajo (Workers' Compensation)

****Vea al reverso una descripción de los beneficios de incapacidad, incluidos los requisitos de elegibilidad****

Nombre: _____ N.° UBC, NSS o N.° ID CFAO: _____

Dirección residencial:_____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ N.º de teléfono celular: (_____)_____

N.º de otro teléfono:(_____)_____

**Dirección electrónica (opcional): _____

1. Fecha de vigencia de la reclamación del Seguro Estatal por Incapacidad ***o*** primer día de pago del Seguro de Accidentes en el Trabajo: _____/_____/_____

2. Última fecha trabajada **antes** de la fecha indicada arriba: _____/_____/_____

3. Proporcione cualquiera y todas las fechas en las que regresó a trabajar durante el periodo de incapacidad: _____

4. Nombre del último empleador: _____

5. Marque el recuadro de abajo para confirmar el tipo de pagos por incapacidad temporal recibidos:

☐ **Seguro Estatal por Incapacidad (SDI)** O,

☐ **Seguro de Accidentes en el Trabajo** O,

☐ **Seguro de Accidentes en el Trabajo para Cargadores de Muelle y Obreros Portuarios**

6. **Recuerde proporcionar un comprobante de todos los pagos que haya recibido hasta ahora de su compañía de seguros de incapacidad temporal, el Seguro Estatal por Incapacidad o el Seguro de Accidentes en el Trabajo.**

LAS RESPUESTAS ANTERIORES SON VERÍDICAS Y CORRECTAS A MI MEJOR ENTENDER. *Yo, por medio de la presente, certifico bajo pena de perjurio en virtud de las leyes del estado de California, que la información que se proporciona en este formulario es verídica, correcta y completa a mi mejor entender.*

En el evento de que se me otorgue una pensión por incapacidad de manera retroactiva, autorizo a Carpenters Pension Trust Fund for Northern California para que deduzca la cantidad debida de mis pagos retroactivos de la pensión por incapacidad y la envíe a Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California por cualquier pago excesivo que se haya hecho bajo el beneficio semanal suplementario por incapacidad.

7._____ _____

FIRMA DEL PARTICIPANTE FECHA

BENEFICIOS POR INCAPACIDAD Los siguientes beneficios por incapacidad podrían estar disponibles para los participantes activos:

1. Extensión de los beneficios de salud y bienestar, que es 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 o 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.
3. Créditos de Elegibilidad por Servicio Futuro para pensión.

EXTENSIÓN DE LA COBERTURA MÉDICA: Su elegibilidad existente se puede extender si no puede trabajar para un empleador contribuyente como resultado de su incapacidad temporal y está recibiendo ya sea beneficios del Seguro por Accidentes en el Trabajo o beneficios del Seguro Estatal por Incapacidad. El número máximo de meses que el Plan puede extender la elegibilidad con base en una incapacidad temporal en un periodo de 24 meses es de 9 meses en el Plan A o 4 meses en los Planes B o R. Este beneficio no está disponible para los participantes que hacen pagos de COBRA, los participantes de tarifa fija o los accionistas de un empleador.

Además, a fin de calificar para una extensión del periodo de incapacidad, usted debe:

- Haber ganado elegibilidad con base en las horas de trabajo o el banco de horas en el mes que incluye el primer día de incapacidad así como el mes siguiente;
- Haber trabajado para un empleador contribuyente al menos un día en el periodo de 30 días antes del comienzo del primer día de incapacidad;
- Haber sido elegible en el Plan con base en las horas de trabajo o el banco de horas en el periodo de 12 meses antes del primer día del mes de la incapacidad; y
- Haber presentado una solicitud a la Oficina del Fondo dentro de 12 meses del primer día de la incapacidad.

El término "Primer día de incapacidad" significa la fecha de vigencia de la reclamación cuando comenzó a recibir beneficios del Seguro Estatal por Incapacidad o beneficios del Seguro por Accidentes en el Trabajo. Sin embargo, si reside en un estado que no proporciona beneficios del Seguro Estatal por Incapacidad, una certificación por escrito de un médico determinará el primer día de incapacidad.

BENEFICIO SEMANAL POR INCAPACIDAD - Para los 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
- sean elegibles bajo el Plan en cada uno de los 12 meses calendario inmediatamente anteriores al primer día del mes de la incapacidad. (La elegibilidad durante el período calificante 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.)

CRÉDITO DE ELEGIBILIDAD POR SERVICIO FUTURO PARA PENSIÓN: ¿Qué es crédito de elegibilidad por servicio futuro de periodos no laborables y quien es elegible para recibir este crédito?
Las horas de pensión se pueden acreditar a una persona aunque ella haya estado ausente de un empleo cubierto. Los participantes que pueden ser elegibles son aquellos que trabajaron para un empleador contribuyente inmediatamente antes de su periodo de incapacidad temporal, y cuya ausencia del empleo cubierto fue cubierta por:

- Los beneficios del Seguro Estatal por Incapacidad o un periodo de espera válido para tales beneficios.
- Incapacidad por el período durante el cual se pagaron beneficios por incapacidad temporal del Seguro por Accidentes en el Trabajo o beneficios por incapacidad temporal en virtud de la Ley de Accidentes en el Trabajo para Cargadores de Muelle y Obreros Portuarios.
- Los participantes que tengan al menos 7 créditos de elegibilidad completos (sin una interrupción permanente en el servicio) con base en las horas de trabajo en el Norte de California u horas otorgadas por servicio militar calificado.

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 con los siguientes límites:

1. Promedio de horas trabajadas por el participante en los 24 meses calendario antes de la ausencia calificada, hasta 35 horas por semana.
2. Sin exceder 20 % del total de horas de trabajo o servicio militar calificado a la fecha del inicio de la incapacidad.

Un participante puede 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.
- Copia de una carta del Seguro de Accidentes en el Trabajo.

Debe proporcionar a la Oficina del Fondo un aviso por escrito en un lapso de 12 meses a partir del inicio de la incapacidad a fin de asegurar los créditos de elegibilidad para el periodo de incapacidad. En el evento de que se le haya pagado beneficios del Seguro por Accidentes en el Trabajo **Y** de SDI, debe proporcionar una copia de la carta del Seguro por Accidentes en el Trabajo y un historial de pagos de SDI.

**Entrega electrónica de la correspondencia del plan: Por lo general, los materiales electrónicos se envían electrónicamente en formato de documento portátil (Portable Document Format, PDF) y son idénticos a las versiones impresas que ha estado recibiendo. No hay cargo por aceptar los materiales en línea. Va a necesitar una conexión con Internet y una computadora con un sistema operativo capaz de recibir, acceder y exhibir, y ya sea imprimir o guardar, los documentos electrónicos que reciba. Debe tener Adobe Reader para acceder a los archivos PDF. Aprenda más y descargue Adobe Reader directamente del sitio web de Adobe, www.adobe.com. Cambie su dirección electrónica en cualquier momento comunicándose con la Oficina del Fondo a benefitservices@carpenterfunds.com, al (510) 633-0333 o a la línea de llamadas sin costo (888) 547-2054. El cambio se debe presentar por escrito e incluir su firma. Algunos ejemplos de los documentos que se podrían enviar electrónicamente incluyen la descripción sumaria del plan, la notificación de cambios al plan, la explicación de beneficios, cartas del Departamento de Beneficios y Reclamaciones, cartas del Comité de Empleo Prohibido (Prohibited Employment Committee) y memoranda de los fideicomisarios del Fondo. Su consentimiento para la entrega electrónica de los documentos del Plan es válido, a menos que retire su consentimiento y hasta que lo retire . En cualquier momento usted puede retirar su consentimiento y restablecer su preferencia para recibir los documentos por correo postal comunicándose con la Oficina del Fondo a benefitservices@carpenterfunds.com, al (510) 633-0333 o a la línea de llamadas sin costo (888) 547-2054. El cambio se debe presentar por escrito e incluir su firma. Aunque la entrega electrónica podría reducir significativamente la cantidad de correspondencia que le enviamos, ciertos documentos y correspondencia relacionados con servicios se seguirá enviando por el correo postal de EE.UU. Además, puede solicitar una copia impresa de todos los documentos que reciba electrónicamente. A menos que nos indique otra cosa, su dirección electrónica se compartirá con el Sindicato de Carpinteros, el Comité de Capacitación de Aprendices y los Fondos de Fideicomiso de Carpinteros. Yo, por medio de la presente, certifico bajo pena de perjurio en virtud de las leyes del estado de California, que la información que se proporciona en este formulario es verídica, correcta y completa a mi mejor entender.