



**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
Fax: (510) 633.0215

Solicitud de beneficios de incapacidad por maternidad

Presente un comprobante de embarazo firmado por el proveedor médico que la atiende

Nombre: _____ N.º de UBC, NSS o de la ID de CFAO: _____

Dirección residencial: _____

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

**Dirección electrónica (opcional): _____

1. Fecha anticipada del parto: _____. La Oficina del Fondo debe recibir su solicitud de beneficios por maternidad a más tardar 1 año después de la fecha anticipada del parto.
2. Primer día de incapacidad (fecha de inicio de la incapacidad por maternidad): ____/____/____. Usted puede escoger esta fecha, pero no puede ser antes de los 9 meses previos a la fecha anticipada del parto.
3. Fecha del último día que trabajó antes del primer día de incapacidad que eligió arriba: ____/____/____
Para tener derecho a los beneficios de incapacidad por maternidad, el último día que trabajó debe ser uno de los 30 días previos al primer día de incapacidad.
4. Nombre del último empleador: _____
5. Su trabajo más reciente fue: En un área de trabajo o En la oficina
6. Proporcione cualquiera y todas las fecha en las que regresó a trabajar durante el periodo de incapacidad: _____

En el evento de que regrese a trabajar en cualquier momento después de la fecha de inicio de la incapacidad por maternidad solicitada arriba, todos los beneficios de incapacidad por maternidad terminarán. Comuníquese con la Oficina del Fondo.

7.*IMPORTANTE: Adjunte un comprobante de embarazo firmado por su profesional médico y preséntelo junto con esta solicitud *

8. _____
FIRMA DEL PARTICIPANTE FECHA

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.

Esta solicitud junto con los comprobantes adjuntos se puede enviar por correo postal, por fax o por correo electrónico (benefitservices@carpenterfunds.com).

BENEFICIOS DE INCAPACIDAD POR MATERNIDAD

Esta solicitud es para los siguientes dos beneficios de incapacidad por maternidad:

1. Extensión de la elegibilidad para recibir beneficios de salud y bienestar, que es una extensión de la elegibilidad 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. Pagos suplementarios del beneficio de incapacidad por maternidad de \$2,500 al mes, hasta un máximo de 9 meses.

EXTENSIÓN DE LA COBERTURA MÉDICA

Su elegibilidad actual se podría extender si usted no puede trabajar para un empleador contribuyente como resultado de su incapacidad por maternidad. El número máximo de meses que el Plan puede extender la elegibilidad debido a una incapacidad por maternidad o a cualquier tipo de incapacidad en un periodo de 24 meses es de 9 meses en el Plan A o 4 meses en los Planes B o R.

Una participante que sea una parte interesada, o que sea reportada en virtud de un acuerdo del suscriptor, o que no trabaje en un oficio cubierto por United Brotherhood of Carpenters, será excluida de este beneficio.

Otros requisitos para tener derecho a los pagos suplementarios de incapacidad y extensión de la incapacidad incluyen:

- Debe presentar un comprobante de embarazo por escrito firmado por su profesional médico;
- Debe haber ganado su elegibilidad con base en las horas trabajadas o en el banco de horas del mes en el que eligió el primer día de incapacidad y el mes siguiente;
- Debe haber trabajado para un empleador contribuyente al menos un día en el periodo de 30 días previos al primer día de incapacidad indicado;
- Debe haber sido elegible en el Plan con base en las horas de trabajo o el banco de horas en el periodo de 12 meses previos al primer día de la incapacidad indicado; y
- Debe presentar una solicitud al Fondo dentro de los 12 meses previos al primer día de la incapacidad indicado.

El término “primer día de incapacidad” es la fecha que elige la participante y que se encuentra entre la fecha anticipada del parto y los 9 meses previos.

****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 relacionada 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.