



Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California
Carpenters Pension Trust Fund for Northern California
SOLICITUD DE BENEFICIOS POR INCAPACIDAD

Rellene este formulario para solicitar beneficios por incapacidad temporal, como:

- Una extensión de la cobertura médica,
- Beneficios semanales suplementarios por incapacidad, y
- Créditos de pensión de elegibilidad por servicio futuro para periodos de incapacidad temporal

Este formulario se debe enviar con el comprobante requerido de TODOS los pagos del Seguro Estatal por Incapacidad o de los beneficios temporales del Seguro de Accidentes en el Trabajo que muestre las fechas de incapacidad pagadas, y se debe presentar en un lapso de 12 meses después del inicio de la incapacidad. Vea los requisitos de elegibilidad al reverso.

Nombre: _____

ID del participante, n.º de UBC o n.º de Seguro Social: _____

Dirección: _____

NÚMERO Y CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL
Número de teléfono: (____) _____ Fecha de nacimiento: _____

Fecha de la lesión: _____ **Primer día completo de incapacidad:** _____

Nombre del último empleador: _____ **Fecha que trabajó por última vez antes de esta incapacidad:** _____

¿Regresó a trabajar en algún momento durante esta incapacidad? Sí No Si sí, ¿cuándo? _____

Si la última fecha de su empleo cubierto fue más de tres días antes del inicio de los pagos por incapacidad, en el espacio provisto explique el tiempo entre las fechas del último día que trabajó en un empleo cubierto y el inicio de su incapacidad. Si necesita espacio adicional incluya otra hoja. _____

Tipo de pagos por incapacidad temporal recibidos:

- Seguro de Accidentes en el Trabajo Los pagos temporales se hicieron de: _____ a _____
 Seguro Estatal por Incapacidad (State Disability Insurance, SDI)
 Seguro de Accidentes en el Trabajo para Cargadores de Muelle y Obreros Portuarios

Favor de adjuntar comprobante de pago de la compañía de seguros de incapacidad en forma de copias de cheque o talones de cheques que indiquen los periodos de incapacidad pagados.

Ha solicitado:

¿Una indemnización por incapacidad por el Seguro Social? Sí No Si sí, fecha de la solicitud: _____

Importante: Si recibe una carta de un Beneficio por Incapacidad del Seguro Social, por favor proporcione una copia de la carta a la Oficina del Fondo en un plazo de 90 días a partir de la fecha de la carta del Beneficio del Seguro Social.

¿Una pensión de Carpenters? Sí No Si sí, fecha de la solicitud: _____

Certificado de incapacidad de Carpenters Pension para créditos de elegibilidad para servicio futuro

Un participante puede recibir créditos de elegibilidad para servicio futuro por los periodos de ausencia inmediatamente después del empleo cubierto si el Seguro Estatal por Incapacidad, el Seguro por Accidentes en el Trabajo, o el Seguro de Accidentes en el Trabajo para Cargadores de Muelle y Obreros Portuarios ha pagado beneficios por incapacidad temporal. Para recibir este tipo de crédito usted debe proporcionar un comprobante del pago final ya sea de SDI o del Seguro por Accidentes en el Trabajo. (En el caso del Seguro por Accidentes en el Trabajo, se le pedirá que proporcione una carta de la compañía de Seguros por Accidentes en el Trabajo que indique las fechas de inicio y de terminación de los pagos temporales.)

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.

LAS RESPUESTAS ANTERIORES SON VERÍDICAS Y CORRECTAS A MI MEJOR ENTENDER.

FIRMA DEL PARTICIPANTE

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 también se le requiera pagar daños civiles.

CRÉDITO DE ELEGIBILIDAD POR SERVICIO FUTURO

¿Qué es un 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 calendarios antes de la ausencia calificada, hasta 35 horas por semana.
2. Sin exceder 20 % del total de horas de trabajo o servicio militar calificado al inicio de la fecha de incapacidad.

Un participante puede solicitar créditos de elegibilidad para servicio futuro rellenando y enviando el formulario que se encuentra al reverso con el comprobante requerido, como copias de cheques que muestren el comprobante de pago de los beneficios SDI temporales o una copia de la carta del Seguro por Accidentes en el Trabajo. 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.

Importante: Si recibe una carta de un Beneficio por Incapacidad del Seguro Social, por favor proporcione una copia de la carta a la Oficina del Fondo en un plazo de 90 días a partir de la fecha de la carta del Beneficio del Seguro Social.

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.

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, a los participantes de tarifa fija o a los accionistas de un empleador.

Otros requisitos para otorgar una extensión de la incapacidad incluyen:

- Debe haber ganado elegibilidad con base en las horas de trabajo del mes que incluye el primer día de incapacidad así como el mes siguiente;
- Debe haber trabajado para un empleador contribuyente al menos un día en el periodo de 30 días antes del comienzo del primer día de incapacidad;
- Debe haber sido elegible en el Plan con base en las horas de trabajo en el periodo de 12 meses calendarios dentro los 24 meses calendarios antes del primer día de la incapacidad; y
- Debe presentar una solicitud al 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
- fueron 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 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.)
- ha estado temporalment incapacitado por más de 28 días.

Reforma de la atención medica: Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California es un “plan médico protegido” según la Ley de Atención Asequible y Protección del Paciente (Patient Protection and Affordable Care Act) o Ley de Atención Asequible. Según lo permite la Ley de Atención Asequible, un plan médico protegido puede conservar cierta cobertura médica básica que ya estaba vigente cuando se aprobó la ley. Ser un plan médico protegido significa que podrían no requerirse ciertas protecciones al consumidor de la Ley de Atención Asequible que aplican a otros planes. Sin embargo, los planes médicos protegidos deben cumplir con ciertas otras protecciones para el consumidor de la Ley de Atención Asequible, por ejemplo la eliminación de límites de por vida en los beneficios. Puede dirigir sus preguntas referentes a las protecciones que aplican y las que no aplican a un plan médico protegido, y lo que pudiera causar que un plan cambiara su estado de plan médico protegido, al administrador del Plan a 265 Hegenberger Rd., Suite 100, Oakland, CA 94621. También puede comunicarse a la Administración de Seguridad de los Beneficios de los Empleados (Employee Benefits Security Administration) del Departamento de Trabajo de EE.UU. (U.S. Department of Labor) al 1-866-444-3272 o en www.dol.gov/bsa/healthreform. En este sitio web encontrará una tabla que resume las protecciones que aplican y las que no aplican a los planes médicos protegidos.



GENERAL STATEMENT OF NONDISCRIMINATION: (DISCRIMINATION IS AGAINST THE LAW)

The Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California (“Fund” or “Plan”) complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. The Plan does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex. The Plan:

- a) Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- b) Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, contact Pauline Hann, Civil Rights Coordinator.

If you believe that the Plan has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with:

Pauline Hann, Civil Rights Coordinator
Carpenter Funds Administrative Office of Northern California, Inc.
265 Hegenberger Rd., Suite 100
Oakland, CA 94621
Telephone number: (888) 547-2054, Fax: (510) 633-0215
Email: benefitservices@carpenterfunds.com

You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, Pauline Hann, Civil Rights Coordinator is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
1-800-868-1019, 800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

ATTENTION: FREE LANGUAGE ASSISTANCE

This chart displays, in various languages, the phone number to call for free language assistance services for individuals with limited English proficiency.

Language	Message About Language Assistance
Spanish	ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1 (888) 547-2054. (TTY: 888-547-2054).
Chinese	注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-888-547-2054 (TTY : 1-888-547-2054).
French	ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-888-547-2054 (ATS : 1-888-547-2054).
Italian	ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-888-547-2054 (TTY: 1-888-547-2054).
German	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-888-547-2054 (TTY: 1-888-547-2054).
Hmong	LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-888-547-2054 (TTY: 1-888-547-2054).
Vietnamese	CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-888-547-2054 (TTY: 1-888-547-2054).
Persian	یہ آسان آریہ ناگیہ ترصبہ نایز ہستیتہ لایہ نکی، دم وگہ تگہ یسرافہ نایز ہب رگا: ہجوتہ بگہ یریہ نتہ ماس (1-888-547-2054) (TTY: 1-888-547-2054) اب۔ یہ نشابہ مہہ ارفہ
Hindi	ध्यान दः याद आप हदी बोलते ह तो आपके िलए मुफ्त म भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध ह 1-888-547-2054 (TTY: 1-888-547-2054) पर कॉल कर
Tagalog	PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-888-547-2054 (TTY: 1-888-547-2054).
Navajo	D77 baa ak0 n7n7zin: D77 saad bee y1n7[ti'go Diné Bizaad, saad bee 1k1'1n7da'1wo'd66', t'11 jiiik'eh, 47 n1 h0l=, koj8' h0d77lnih 1-888-547-2054 (TTY: 1-888-547-2054).
Arabic	ذإفت امدخ فدع اسم لاقه وغل لارف اوتت كل ذ اجم لاب. لصت ا م قرب 1-888-547-2054 (مقر ف تا هصد لامك بلاو: 1-888-547-2054). عظ و ح ل م: ان ا ت نك ث د ح ت ر ك ذ ا اللغه،
Korean	주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-888-547-2054 (TTY: 1-888-547-2054) 번으로 전화해 주십시오.
Thai	เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-888-547-2054 (TTY: 1-888-547-2054).
Laotian	ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັງຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທຮ 1-888-547-2054 (TTY: 1-888-547-2054).