



**ELECCIÓN PARA TERMINAR/DEMORAR LA COBERTURA MÉDICA PARA JUBILADOS
(PLAN MÉDICO DE INDEMNIZACIÓN)**

- Complete este formulario solo si desea cancelar la cobertura médica para usted y/o para su(s) dependiente(s)
- Si usted cancela su propia cobertura se cancelará la cobertura de su(s) dependiente(s)
- Ya que se cancele la cobertura de su(s) hijo(s) dependiente(s) no sera(n) elegible para reinscribirse en el plan medico

A partir de _____, eligo cancelar la cobertura médica para jubilados:

Mia y de mi(s) dependiente(s), si lo(s) tengo.

Solamente de mi(s) dependiente(s).

Escriba a continuación el nombre del(los) dependiente(s) cuya cobertura se debe cancelar.

Nombre del 1^{er} dependiente: _____

Nombre del 2^o dependiente: _____

FAVOR DE LEER: Entiendo que no se permitirá que yo (y/o mi(s) dependiente(s)) me reinscriba en el Plan Médico para Jubilados de Carpenters en ninguna fecha futura después de que cancele esta cobertura, a menos que

- esté cancelando esta cobertura debido a que tengo cobertura bajo otro plan medico.
- no soy elegible para Medicare y he proporcionado un comprobante de inscripción en Medicare dentro de 60 días.
- he adquirido un nuevo dependiente mediante matrimonio, nacimiento, adopción o tutela legal y lo(s) inscribiré y proveeré la documentación requerida dentro 60 días de la fecha en que adquieré el/los nuevo(s) dependiente(s).

Por favor indique la razón por la cual está cancelando/demorando la cobertura médica para jubilados:

- Yo (o mi(s) dependiente(s)) tengo cobertura bajo otro plan médico. Entiendo que tendré 31 días para reinscribirme en el Plan Médico para Jubilados de Carpenters después de que termine la otra cobertura.

Nombre del empleador _____ Nombre del empleado _____

Nombre de la compañía aseguradora o del plan medico _____ Número del plan _____

- Yo (o mi(s) dependiente(s)) tengo cobertura de Medicaid, un Programa estatal de Seguro Médico para Niños (Children's Health Insurance Program, CHIP), o de otro programa público que no sea Medicare. Entiendo que tendré 60 días para reinscribirme en el Plan Médico para Jubilados de Carpenters.

Nombre del jubilado (en letra de molde) _____ N° UBC, de ID o de Seguro Social _____

Firma del jubilado _____ Fecha _____



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 (Farsi)	توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-888-547-2054 (TTY: 1-888-547-2054) تماس بگیرید.
Hindi	ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-888-547-2054 (TTY: 1-888-547-2054) पर कॉल करें।
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	Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad , saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, kóji' hódííłnih 1-888-547-2054 (TTY: 1-888-547-2054).
Arabic	ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 888-547-2054-1 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-888-547-2054).
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).
Lao	ໂປດ ຊາບ: ຖ້າ ວ່າ ທ່ານ ເວົ້າ ພາ ສາ ລາວ, ການ ບໍ່ ວິ ການ ຊ່ວຍ ເຫຼືອ ດ້ານ ພາ ສາ, ໂດຍ ບໍ່ ເສັຽ ຄ່າ, ແມ່ນ ມີ ພ້ອມ ໃຫ້ ທ່ານ. ໂທ ໑ 1-888-547-2054 (TTY: 1-888-547-2054).