

# Southern California Lumber Industry Welfare Fund

Established Jointly by Employers and Local Unions

Telephone (562) 463-5080 ♦ (800) 824-4427 ♦ Facsimile (562) 463-5894

Octubre 2019

## AVISO IMPORTANTE DERECHOS ESPECIALES DE INSCRIPCION BAJO EL ACTA DE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT DE 1996

Como es requerido por la acta de 1996 de Portability and Accountability de Seguro Medico (HIPAA), el **Fondo** le informa por medio de esta Notificación sobre los derechos especiales de inscripción en HIPAA. Estos derechos de inscripción son aplicables para los miembros en curso si inicialmente rehusó a la cobertura de seguro medico del **plan** para usted y / o para sus dependiente(s) por que usted y/o sus dependiente(s) tenían cobertura bajo otro plan de seguro medico o si agrega a un nuevo dependiente(s), si usted al principio rehusó la cobertura de salud bajo el Plan para su dependiente (s) por otra razón, pero subsiguientemente obtiene otra cobertura de salud para ellos, rehusa la cobertura bajo este Plan otra vez durante el periodo de inscripción abierta por esta razón y luego pierden aquella otra cobertura de salud, o si usted añade a un nuevo dependiente (s).\* Usted no puede renunciar la cobertura bajo este **Plan** para usted, a menos que usted tenga otra cobertura de salud.

### Perdida de Cobertura

1. En el futuro usted podría inscribirse y/o a su dependiente(s) (incluyendo su cónyuge) si usted y/o su dependiente(s) pierden su elegibilidad bajo el otro seguro, mientras que usted solicite la inscripción dentro de 30 días después de que la cobertura para usted y/o sus dependiente(s) se halla terminado. (La regla de inscripción de 30 días fue cambiada hasta 60 días si usted y o sus dependientes pierden la cobertura bajo el plan de Seguro de Medicaid bajo el Título XIX del acto de Social Security (Medicaid) o bajo un plan de seguro médico de niño indicado bajo el Título XXI de tal Acto (CHIP). La cobertura tomara efecto no mas tarde del primer día del primer mes comenzando después de que el Fondo reciba su inscripción por derechos especiales sujeto #3.
2. Si no notifica al **Fondo** dentro de 30 días (o 60 días, como aplicable) de que la cobertura para usted y/o sus dependiente(s) haya terminado, todavia puede inscribirse y/o a sus dependiente(s) pero tiene que esperarse hasta el siguiente periodo de inscripción abierta bajo el Plan que toma efecto en Noviembre de cada año sujeto #3. En esta situación, el periodo de espera del Plan de dos-meses es aplicable.
3. Su empleador tiene que remitir las primas mensuales requeridas acordado al **Plan** por usted y usted subsecuentemente tiene que completar los materiales de inscripción del Plan.

### Agregación De Nuevos Dependiente(s)

1. Si previamente usted y/o sus dependiente(s) rehusó la cobertura medica y agrega a un nuevo dependiente(s) como resultado del acto de matrimonio, nacimiento, adopción o casa de cuna para adoptar, usted y/o sus dependientes podrían inscribirse mientras que su petición para de inscripción sea dentro de 30 días después de la fecha de matrimonio, nacimiento, adopción o casa cuna para adopción. (La regla de inscripción de 30 días fue cambiada hasta 60 días si usted y / o su dependiente (s) pierden la cobertura bajo el seguro de Medicaid o CHIP.)La cobertura será efectiva en caso de matrimonio, no mas tarde del primer día del primer mes después de que el fondo reciba su petición de inscripción bajo los derechos de inscripción especial; en el evento de nacimiento, adopción o casa cuna para adopción la cobertura será efectiva con la fecha de nacimiento, adopción o casa cuna para adopción, respectivamente, sujeto a #3.
2. Si usted no notifica **al Fondo** dentro de 30 días (o 60 días, como aplicable) después de su matrimonio, nacimiento, adopción o casa cuna para adopción a un usted y/o sus dependientes pueden inscribirse en el plan pero tiene que esperarse hasta el tiempo de inscripción abierto en Noviembre de cada año sujeto #3. En esta situación, el periodo de espera del **Plan** de dos-meses es aplicable.
3. Su empleador también tiene que remitir las contribuciones de las primas del mes por usted y/o sus dependiente(s) y usted subsecuentemente tiene que completar los materiales de inscripción del **Plan**.

Si tiene alguna pregunta o si quiere ejercer sus derechos especiales de inscripción para usted y/o sus dependiente(s), favor de escribir o de llamar a la oficina administrativa de el Fondo.

**Southern California Lumber Industry Welfare Fund**  
1200 Wilshire Boulevard, Fifth Floor  
Los Angeles, CA 90017-1906  
(562) 463-5080 (800) 824-4427

\*Bajo ninguna circunstancia este **Fondo** ofrecerá cobertura al dependiente únicamente. El empleado tiene que ser participante del **Plan** antes de que sus dependientes sean elegibles para la cobertura. Además, todos los niños dependientes existentes deben ser añadidos al **Plan** al mismo tiempo, es decir, la cobertura únicamente para un niño de dependiente no está disponible si usted tiene más de uno.