



Solicitud de beneficios por incapacidad

Esta solicitud se debe presentar con un comprobante de los pagos recibidos de su compañía de seguros por incapacidad temporal

****Vea al reverso una descripción de los beneficios por incapacidad temporal y los requisitos de elegibilidad.****

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

Dirección residencial: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

**Dirección electrónica (opcional): _____ Núm. de teléfono: (____) _____

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 en la pregunta 1 de arriba: ____/____/____

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

4. **Elijo que los pagos mensuales de mi beneficio por incapacidad se depositen directamente en mi cuenta bancaria:**

Nombre del banco: _____ Tipo de cuenta: De cheques De ahorros

Número de cuenta bancaria: _____ Número de enrutamiento del banco: _____

Por favor note: Si su banco rechaza el depósito directo, se le enviará un cheque por correo postal a la dirección que tengamos en sus expedientes.

Elijo recibir mi pago en forma de cheque, favor de enviarlo por correo postal a la dirección indicada arriba.

5. **Proporcione como mínimo 1 comprobante de pago mensual que haya recibido de su compañía de seguros de incapacidad temporal (Seguro Estatal por Incapacidad [State Disability Insurance, SDI] o Seguro de Accidentes en el Trabajo [Workers' Compensation]). El comprobante de pago puede ser un historial de pagos o el talón de un cheque, y debe incluir su nombre, su número de UBC, del seguro social o de ID de CFAO, y las fechas de la incapacidad por la que se le está pagando.**

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 suplementario por incapacidad.

6. _____
FIRMA DEL PARTICIPANTE

FECHA

Dirección electrónica: BenefitServices@carpenterfunds.com Note que recibirá una respuesta automática que indique que el Departamento de Servicios de Beneficios (Benefits Services Department) recibió su mensaje electrónico. Se requiere su número de ID para encontrar su cuenta a fin de procesarla. El contenido de su mensaje electrónico recibido no estará accesible por 48 horas para su revisión por el equipo de Servicios de Beneficios. Todos los documentos se procesan en el orden de la fecha en la que se recibieron.

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

- Extensión de los beneficios de salud y bienestar (hasta 9 meses para los participantes del Plan A; hasta 4 meses para los participantes de los Planes B o R), más los pagos mensuales suplementarios del beneficio por incapacidad.
- Créditos de elegibilidad por servicio futuro para pensión

Nota: El término “Primer día de incapacidad” significa la fecha de vigencia de la reclamación cuando usted 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.

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 las partes interesadas de un empleador.

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

- Haber ganado la 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 a partir del primer día de la incapacidad.

Una vez que califique para recibir una extensión de su cobertura médica a través de la extensión del periodo de incapacidad, se le hará un pago del beneficio mensual suplementario de \$365 por los meses que usted califique para la extensión de la cobertura médica.

CRÉDITO DE ELEGIBILIDAD POR SERVICIO FUTURO PARA PENSIÓN: 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 siete créditos de elegibilidad completos (sin una interrupción permanente en el servicio) con base en las horas de trabajo en el norte de California o las 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 un 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 rellenando 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 un periodo de incapacidad. En el evento de que se le hayan 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 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 en 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 en 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.