CONNECTICUT LABORERS' HEALTH FUND
435 CAPTAIN THOMAS BOULEVARD, WEST HAVEN, CONNECTICUT 06516-5896

203·934·7991 *telephone*
1·800·922·3240 *toll-free*
203·680·3847 *fax*

labor trustees
Keith Brothers
Thaddeus Grabowski
Shawn Gaska
Vincent Decrosta

management trustees
Michael Roy
John A Brunalli
Vincent S. Giordano III
Joe M. Burns

VISIÓN GENERAL

Enero 1, 2023

El Fondo de Salud de los Trabajadores de Connecticut ("Fondo de Salud" o "Fondo") es un Fondo administrado por su Junta de Síndicos. El Fondo de Salud tiene como objetivo proporcionar a las personas elegibles una cobertura de salud grupal integrada, económica y acreditable que cumpla con los requisitos de "cobertura esencial mínima" de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio ("ACA"). Los beneficios provistos bajo el Fondo incluyen Seguro de Vida, Beneficios Médicos, Beneficios Semanales por Incapacidad, Beneficios de Medicamentos Recetados, Beneficios Dentales, Terapia de Masaje, Beneficios Auditivos; y beneficios de la vista.

ELEGIBILIDAD INICIAL Y RESTAURACIÓN

Inicialmente será elegible o reintegrado para la cobertura el primer día del segundo mes en el que el Fondo de salud recibió 300 horas trabajadas en el período de tres (3) meses anteriores. La cobertura continuará durante tres (3) meses consecutivos, de la siguiente manera:

Si se le acreditan al menos 300 horas dentro de los siguientes 3 meses:	**Usted será inicialmente elegible o reincorporado a los beneficios en los meses de:**
Agosto a Octubre	Diciembre a Febrero
Septiembre a Noviembre	Enero a Marzo
Octubre a Diciembre	Febrero a Abril
Noviembre a Enero	Marzo a Mayo
Diciembre a Febrero	Abril a Junio
Enero a Marzo	Mayo a Julio
Febrero a Abril	Junio a Agosto
Marzo a Mayo	Julio a Septiembre
Abril a Junio	Agosto a Octubre
Mayo a Julio	Septiembre a Noviembre
Junio a Agosto	Octubre a Diciembre
Julio a Septiembre	Noviembre a Enero

** *La información de esta descripción general pretende ser una breve descripción de los temas descritos. En cualquier situación que involucre beneficios del Fondo, los documentos que rigen el Fondo siempre prevalecerán.*

ELEGIBILIDAD CONTINUA

Continuará siendo elegible para la cobertura el primer día del segundo mes en el que el Fondo de Salud haya recibido 1,000 horas, acreditadas en su nombre durante los diez (10) meses anteriores, o si tiene 300 horas acreditadas en su nombre durante los tres (3) meses anteriores, de la siguiente manera:

Si se le acreditan al menos 1000 horas dentro de los siguientes 10 meses:	O	Si se le acreditan al menos 300 horas dentro de los siguientes 3 meses:		Usted será elegible para el mes de:	
Enero a Octubre		Agosto a Octubre		Diciembre	
Febrero a Noviembre		Septiembre a Noviembre		Enero	
Marzo a Diciembre		Octubre a Diciembre		Febrero	
Abril a Enero		Noviembre a Enero		March	
Mayo a Febrero		Diciembre a Febrero		Abril	
Junio a March		Enero a March		Mayo	
Julio a Abril		Febrero a Abril		Junio	
Agosto a Mayo		March a Mayo		Julio	
Septiembre a Junio		Abril a Junio		Agosto	
Octubre a Julio		Mayo a Julio		Septiembre	
Noviembre a Agosto		Junio a Agosto		Octubre	
Diciembre a Septiembre		Julio a Septiembre		Noviembre	

¿Quiénes son mis dependientes elegibles según las reglas del Fondo y ACA?

- Su cónyuge (determinado de acuerdo con la ley de Connecticut que rige el matrimonio), y
- Sus hijos hasta la edad de 26 años (incluye hijos naturales, hijos adoptivos, hijos colocados con usted para adopción, hijastros e hijos de crianza, junto con niños bajo órdenes judiciales conocidas como "Órdenes calificadas de manutención médica infantil"). También hay reglas especiales para brindar cobertura extendida del Fondo para niños elegibles con discapacidades físicas o mentales.

Fecha de vigencia de la cobertura del fondo para dependientes elegibles

- El día en que sea elegible para la cobertura del Fondo, sus dependientes elegibles en esa fecha también serán elegibles, si proporciona documentación a la Oficina del Fondo dentro de los 60 días a partir de la fecha en que sea elegible.
- Si se casa después de la fecha en que inicialmente quedó cubierto por el Fondo, su cónyuge estará cubierto el día de su matrimonio, si proporciona documentación a la Oficina del Fondo dentro de los 60 días de su matrimonio.
- Si, después de que inicialmente esté cubierto por el Fondo, tiene un hijo biológico recién nacido, un hijo adoptivo, un hijastro, un hijo colocado con usted en adopción o un hijo de crianza, dicho hijo estará cubierto en la fecha de su nacimiento(para un niño biológico recién nacido) o en la fecha en que el niño es adoptado o colocado en su hogar (para niños adoptivos o de crianza), o en la fecha en que adquiere un hijastro a través del matrimonio, siempre que proporcione la documentación necesaria a la Oficina del Fondo dentro de 60 días de haber adquirido al niño.
- Si no se cumplen las reglas de tiempo anteriores, la cobertura del Fondo aún se brinda, pero de manera prospectiva a partir del 1. ° del mes siguiente al mes en que la Oficina del Fondo recibe la documentación necesaria.

** *La información de esta descripción general pretende ser una breve descripción de los temas descritos. En cualquier situación que involucre beneficios del Fondo, los documentos que rigen el Fondo siempre prevalecerán.*

Elegibilidad mientras está discapacitado. Si queda "totalmente discapacitado" según las reglas del Fondo mientras está cubierto por beneficios basados en su trabajo anterior en un Empleo cubierto, el Fondo le acreditará cuarenta (40) horas por semana, incluidas semanas parciales, por cada semana que esté cobrando semanalmente. beneficios por discapacidad del Fondo de Salud, hasta un máximo de 26 semanas y, durante 26 semanas adicionales, siempre que el Fondo de Salud reciba declaraciones oportunas del médico tratante que certifiquen que el participante todavía está discapacitado, o con prueba de que un participante está recibiendo compensación laboral, hasta un máximo de cincuenta y dos (52) semanas, en cualquier período de ciento cuatro (104) semanas.

CUANDO TERMINA LA COBERTURA

Su cobertura bajo este Plan terminará en la fecha más temprana de las siguientes:

1. El último día del mes en el que no tiene ni 300 horas ni 1.000 horas en los períodos señalados anteriormente.
2. La fecha en que el empleador del empleado ya no participa en el Fondo o deja de hacer contribuciones al Fondo en su nombre (tenga en cuenta que su cobertura finalizará una vez que se haya agotado su elegibilidad);
3. El primer día del mes posterior al mes en que cesa su cobertura de COBRA o en el que no realiza el pago de COBRA requerido. Por ejemplo, si su último mes para los privilegios de continuación de COBRA es agosto de 2022; y, si realiza su pago COBRA para el mes de agosto de 2022, su cobertura finalizará a la medianoche del 31 de agosto de 2022.
4. La fecha en que el Fondo termina.
5. La fecha en que ya no cumple con las reglas de cobertura; o

Si usted o alguno de los miembros de su familia acceden a los beneficios después de la fecha en que finaliza la cobertura y, si el Fondo de salud paga por error las reclamaciones en su nombre o en nombre de su familia, el Fondo de salud le solicitará el reembolso del costo de esos beneficios pagados a usted o pagado a cualquier proveedor en su nombre o en nombre de un miembro de la familia, además de cualquier abogado y honorarios administrativos.

Los fideicomisarios pueden, a su exclusivo criterio, cambiar de vez en cuando, o suspender por completo, todos o parte de los beneficios para los participantes, incluidos los cónyuges y los dependientes elegibles, incluidos, entre otros, los requisitos de elegibilidad. Dicho cambio o interrupción puede ser retroactivo. Los Fideicomisarios también pueden, a su sola discreción, adoptar y enmendar de vez en cuando cualquier regla, política o regulación que consideren apropiada. Los Fideicomisarios tienen la autoridad exclusiva para interpretar estas reglas de elegibilidad.

Para obtener información sobre la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, también puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de EE. UU. (EBSA) al 1-866-444-3272 o https://www.dol.gov/agencies/ebsa/laws-and-regulations/laws/affordable-care-act.

No dude en llamar a la Oficina del Fondo si desea obtener información adicional sobre el Fondo de salud. El horario de la Oficina del Fondo es de 8:00 a. m. a 4:30 p. m. De lunes a viernes, excepto días festivos. Si desea visitar la Oficina del Fondo para obtener ayuda práctica, asegúrese de visitarnos antes de las 3:15 p.m.

Número gratuito de la Oficina del Fondo: 800 922-3240
Número local de la oficina del fondo: 203 934-7991
https://ctlaborersfunds.com
https://ctlaborersfundsmemberportal.com/home

** *La información de esta descripción general pretende ser una breve descripción de los temas descritos. En cualquier situación que involucre beneficios del Fondo, los documentos que rigen el Fondo siempre prevalecerán.*