

PARA: MIEMBROS DE LA UNIDAD 4911 OUTSIDE LINE DEL IBEW LOCAL 1245

A continuación, presentamos un resumen general de las disposiciones básicas del Plan para Trabajadores Lesionados del IBEW Local 1245. El Plan está diseñado para ofrecer beneficios básicos por discapacidad o muerte, en caso de que usted se lesione (y no pueda trabajar), o en caso de fallecer como consecuencia de una lesión relacionada con el trabajo.

RESUMEN DEL PLAN PARA TRABAJADORES LESIONADOS DEL IBEW LOCAL 1245

A. Elegibilidad del empleado para recibir cobertura en virtud del Plan

Usted será elegible por primera vez, el primer día del mes de beneficios que corresponda al mes de elegibilidad en el cual usted acumule por primera vez al menos 125 horas acreditadas de empleo, por las cuales el empleador está obligado a hacer un aporte, en nombre de usted, al fondo de trabajadores lesionados. Una vez que usted cumpla con los requisitos de elegibilidad, seguirá siendo elegible para recibir cobertura por cada mes durante el cual usted reciba aportes hechos por al menos 100 horas de trabajo (ejecutadas el mes anterior), o 450 horas de trabajo (ejecutadas en los seis (6) meses previos).

B. Elegibilidad para recibir Beneficios por Discapacidad

- 1) Debe tener cobertura bajo el Plan en la fecha en que comienza su discapacidad; y,
- 2) Su discapacidad debe comenzar y usted debe consultar a un médico en referencia a la discapacidad dentro de los 15 días después del último día que trabajó para un Empleador.

C. Beneficios

Para ser elegible para recibir **Beneficios por Discapacidad Relacionada con el Trabajo**, debe cumplir los siguientes requisitos:

1. Debe tener discapacidad total (ser totalmente incapaz de ejecutar todas y cada una de las tareas relacionadas con su ocupación o empleo), como resultado de una lesión corporal o una enfermedad relacionada con la ejecución de un trabajo para un empleador signatario del Acuerdo de Construcción de Outside Line de California; y
2. Debe tener cobertura bajo el Plan en la fecha en que comienza su discapacidad; y
3. Su discapacidad debe comenzar y usted debe consultar a un médico en referencia a la discapacidad dentro de los quince (15) días después del último día que trabajó para un Empleador. Deberá entregar al Plan un certificado del médico donde declare que usted está totalmente discapacitado al menos por diez (10) días. El certificado inicial del médico debe incluir 1) la naturaleza de la discapacidad (es decir, el diagnóstico), 2) la duración prevista de la discapacidad, 3) la fecha estimada de regreso al trabajo, y 4) la fecha cuando vio al médico por primera vez para el tratamiento médico relacionado con la discapacidad. Los certificados posteriores deben incluir 1) la naturaleza actual de la discapacidad, 2) la duración prevista de la discapacidad, y 3) cualquier nueva fecha estimada de regreso al trabajo.

Para ser elegible para recibir **Beneficios por Discapacidad No Relacionada con el Trabajo**, debe cumplir los siguientes requisitos:

1. Debe tener discapacidad total (ser totalmente incapaz de ejecutar todas y cada una de las tareas relacionadas con su ocupación o empleo), y

2. Debe tener cobertura bajo el Plan en la fecha en que comienza su discapacidad; y
3. Su discapacidad debe comenzar y usted debe consultar a un médico en referencia a la discapacidad dentro de los quince (15) días después del último día que trabajó para un Empleador. Deberá entregar al Plan un certificado del médico donde declare que usted está totalmente discapacitado al menos por diez (10) días. El certificado inicial del médico debe incluir 1) la naturaleza de la discapacidad (es decir, el diagnóstico), 2) la duración prevista de la discapacidad, 3) la fecha estimada de regreso al trabajo, y 4) la fecha cuando vio al médico por primera vez para el tratamiento médico relacionado con la discapacidad. Los certificados posteriores deben incluir 1) la naturaleza actual de la discapacidad, 2) la duración prevista de la discapacidad, y 3) cualquier nueva fecha estimada de regreso al trabajo.

PERÍODO DE PAGO/CUÁNDO COMIENZAN LOS BENEFICIOS

Los Beneficios Relacionados con el Trabajo se pagarán como se indica a continuación:

- A) Beneficios Iniciales por Discapacidad Relacionada con el Trabajo – Recibirá un pago de \$2,000.00 por cualquier discapacidad que dure al menos diez (10) días, pero menos de treinta (30) días.
- B) Beneficios Secundarios por Discapacidad Relacionada con el Trabajo – Recibirá un pago de \$5,000.00 por cualquier discapacidad que dure más de veintinueve (29) días, pero menos de noventa (90) días. Dicho pago es adicional a cualquier pago que reciba por Beneficios Iniciales por Discapacidad.
- C) Beneficios Finales por Discapacidad Relacionada con el Trabajo – Recibirá un pago de \$5,000.00 por cualquier discapacidad que dure al menos noventa (90) días. Dicho pago es adicional a cualquier pago que reciba por Beneficios Iniciales y Secundarios por Discapacidad.

La discapacidad no se considerará que haya comenzado hasta el primer día que usted sea examinado por un médico, o el primer día que reciba tratamiento de un médico o de un médico legalmente calificado.

Los Beneficios No Relacionados con el Trabajo se pagarán como se indica a continuación:

- A) Beneficios Iniciales por Discapacidad No Relacionada con el Trabajo – Recibirá un pago de \$2,000.00 por cualquier discapacidad que dure al menos diez (10) días, pero menos de treinta (30) días.
- B) Beneficios Secundarios por Discapacidad No Relacionada con el Trabajo – Recibirá un pago de \$5,000.00 por cualquier discapacidad que dure más de veintinueve (29) días, pero menos de noventa (90) días. Dicho pago es adicional a cualquier pago que reciba por Beneficios Iniciales por Discapacidad.
- C) Beneficios Finales por Discapacidad No Relacionada con el Trabajo – Recibirá un pago de \$5,000.00 por cualquier discapacidad que dure al menos noventa (90) días. Dicho pago es adicional a cualquier pago que reciba por Beneficios Iniciales y Secundarios por Discapacidad.

La discapacidad no se considerará que haya comenzado hasta el primer día que usted sea examinado por un médico, o el primer día que reciba tratamiento de un médico o de un médico legalmente calificado.

calificado.

BENEFICIOS DE PERMISO DE MATERNIDAD O PATERNIDAD

El Plan ofrece beneficios de permiso de maternidad o paternidad de hasta seis (6) semanas de permiso por el nacimiento, adopción o cuidado tutelar de un niño, siempre que usted presente la documentación correspondiente como prueba de dicho evento. La documentación correspondiente incluye un certificado de nacimiento, los documentos de adopción, o una orden de un tribunal o los documentos de una agencia para el cuidado tutelar. Si decide tomarse días libres antes del nacimiento de un hijo, deberá presentar una nota del médico que certifica el embarazo y la fecha estimada de parto.

El Plan pagará \$400 por semana hasta un máximo de seis (6) semanas, pagado en cuotas mensuales. Podrá comenzar a recibir los beneficios de permiso de maternidad o paternidad hasta dos (2) semanas antes del nacimiento, adopción o cuidado tutelar de un niño, una vez que deje de trabajar para un Empleador. El beneficio de permiso de maternidad o paternidad solo está disponible para usted y no está disponible para su cónyuge. Puede solicitar el beneficio de permiso de maternidad o paternidad usando el formulario de Solicitud ofrecido por el Plan, previa solicitud del formulario.

ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR BENEFICIOS DE PERMISO DE MATERNIDAD O PATERNIDAD

Para ser elegible para recibir Beneficios de Permiso de Maternidad o Paternidad, debe cumplir los siguientes requisitos:

1. Debe tomar el permiso de maternidad o paternidad por el nacimiento, adopción o cuidado tutelar de un niño; y
2. Debe tener cobertura bajo el Plan en la fecha en que comienza dicho permiso

D. Beneficio por Muerte (solo por muertes relacionadas con el trabajo) \$50,000.00

Aportes

El plan será financiado exclusivamente por los aportes de los empleados (después de impuestos) de \$.05 centavos por hora trabajada.

EVIDENCIAS PARA RECLAMOS

Deben presentarse las evidencias por escrito para las solicitudes del pago de beneficios tan pronto como usted quede discapacitado. **Todos los reclamos deben presentarse dentro de los 180 días a partir de la fecha inicial de la discapacidad (para reclamos de beneficios por discapacidad) o dentro del plazo de un (1) año a partir de la fecha de fallecimiento (para reclamos de beneficios por fallecimiento) y si no se presentan, serán rechazados por no haberse presentado dentro del plazo requerido.**

Por favor tenga en cuenta que este es un resumen muy general del Plan para Trabajadores Lesionados del IBEW Local 1245, y de ninguna manera es un resumen completo de dicho plan. Si desea obtener una Descripción Resumida del Plan (SPD por sus siglas en inglés), por favor comuníquese directamente con la sede local del sindicato. Además, las disposiciones del plan mencionadas anteriormente están sujetas a cambios.

Plan para Trabajadores Lesionados del IBEW Local 1245

SOLICITUD DE BENEFICIOS

(Esta solicitud debe ser llenada y firmada por el Participante. La solicitud debe presentarse con un certificado del médico tal como se describe a continuación.)

NOMBRE: _____

NO. DE SEGURIDAD SOCIAL: _____

NO. DE TARJETA DEL IBEW: _____

DIRECCIÓN: _____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____

SOLICITUD DE: *Seleccione uno de los siguientes:*

___ BENEFICIOS POR DISCAPACIDAD RELACIONADOS CON EL TRABAJO

___ BENEFICIOS POR DISCAPACIDAD NO RELACIONADOS CON EL TRABAJO

___ BENEFICIOS DE PERMISO DE MATERNIDAD O PATERNIDAD

REQUISITOS INICIALES DE ELEGIBILIDAD

Usted será elegible por primera vez, el primer día del mes de beneficios que corresponda al mes de elegibilidad en el cual usted acumule por primera vez al menos 125 horas acreditadas de empleo, por las cuales el empleador está obligado a hacer un aporte, en nombre de usted, al fondo de trabajadores lesionados. Una vez que usted cumpla con los requisitos de elegibilidad, seguirá siendo elegible para recibir cobertura por cada mes durante el cual usted reciba aportes de al menos 100 horas de trabajo (ejecutadas el mes anterior), o 450 horas de trabajo (ejecutadas en los seis (6) meses previos).

BENEFICIOS POR DISCAPACIDAD RELACIONADOS Y NO RELACIONADOS CON EL TRABAJO

A fin de ser elegible para recibir Beneficios Relacionados con el Trabajo y No Relacionados con el Trabajo, debe cumplir los tres requisitos que se describen a continuación Y ADEMÁS presentar la documentación necesaria.

Elegibilidad

1. Debe tener discapacidad total y ser totalmente incapaz de ejecutar todas y cada una de las tareas relacionadas con su ocupación o empleo (Para recibir Beneficios por Discapacidad Relacionados con el Trabajo: como resultado de una lesión corporal o una enfermedad relacionada con la ejecución de un trabajo para un empleador signatario del Acuerdo de Construcción de Outside Line de California); y
2. Debe ser elegible para recibir beneficios y tener cobertura bajo el Plan en la fecha en que comienza su discapacidad; y
3. Su discapacidad debe comenzar y usted debe consultar a un médico en referencia a la discapacidad dentro de los quince (15) días después del último día que trabajó para un

Empleador.

Documentación requerida

Deberá entregar un certificado del médico junto con esta Solicitud de Beneficios Relacionados con el Trabajo y No Relacionados con el Trabajo, donde se declare:

- Que usted está totalmente discapacitado por lo menos por diez (10) días
- La naturaleza de la discapacidad (es decir, el diagnóstico)
- La duración prevista de la discapacidad
- La fecha estimada de regreso al trabajo
- La fecha cuando vio al médico por primera vez para el tratamiento relacionado con la discapacidad

BENEFICIOS DE MATERNIDAD O PATERNIDAD

A fin de ser elegible para recibir Beneficios de Maternidad o Paternidad, debe cumplir los dos requisitos que se describen a continuación Y ADEMÁS presentar la documentación necesaria.

Elegibilidad

1. Debe tomar el permiso de maternidad o paternidad por el nacimiento, adopción o cuidado tutelar de un niño; y
2. Debe tener cobertura bajo el Plan en la fecha en que comienza dicho permiso.

Documentación requerida

Deberá entregar la siguiente documentación según corresponda junto con esta Solicitud:

- Debe presentar documentación que demuestre el nacimiento, la adopción, o el cuidado tutelar de un niño, incluidos un certificado de nacimiento, documentos de adopción, o una orden de un tribunal o los documentos de una agencia para el cuidado tutelar.
- Si decide tomarse días libres antes del nacimiento de un hijo, deberá presentar una nota del médico que certifique el embarazo y la fecha estimada de parto.

EVIDENCIAS PARA RECLAMOS

Deben presentarse evidencias por escrito para las solicitudes del pago de beneficios tan pronto como usted quede discapacitado. **Todos los reclamos deben presentarse dentro de los 180 días a partir de la fecha inicial de la discapacidad (para reclamos de beneficios por discapacidad) o dentro del plazo de un (1) año a partir de la fecha de fallecimiento (para reclamos de beneficios por fallecimiento) y si no se presentan, serán rechazados por no haberse presentado dentro del plazo requerido.**

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

FECHA DE LA LESIÓN/ENFERMEDAD: _____

EMPLEADOR AL MOMENTO DE COMENZAR EL PERMISO: _____

ÚLTIMO DÍA DE TRABAJO CON EL EMPLEADOR: _____

*FECHA DE COMIENZO DEL PERMISO: _____
(*PARA BENEFICIOS DE PERMISO DE MATERNIDAD O PATERNIDAD)

*FECHA FINAL DEL PERMISO: _____

ENVIAR ESTA SOLICITUD Y LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA A:

IBEW Local 1245 Injured Workers Plan
c/o IBEW Local 1245
30 Orange Tree Circle
Vacaville, CA 95687

Para obtener información adicional, consulte la Descripción Resumida del Plan. Si tienes cualquier pregunta, por favor llame al (707)452-2720.

FIRMA: _____ FECHA: _____

IBEW Local 1245 Injured Workers Plan Disability Certificate

CLAIM FOR DISABILITY BENEFITS – DOCTOR’S CERTIFICATION <i>(Complete and mail to the below address)</i>		
1. Patient's Name:	2. Patient's Date of Birth:	
3. Doctor's Name as Shown on License:	4. Doctor's State License Number:	
Doctor's Telephone Number:	Doctor's Fax Number:	
5. Doctor's Address (Street, City, State & Zip Code) – P.O. Box is not accepted as the sole address:		
6. Date Disability Began? (Required)	7. First Treatment Date After Last Workday? (Required)	8. Is condition due to: <input type="checkbox"/> Illness <input type="checkbox"/> Injury <input type="checkbox"/> Work-related
9. If patient was hospitalized provide dates of entry and discharge:	10. Anticipated Length of Disability (Required):	
11. Estimated Return to Work Date (Required):	12. Actual Return to Work Date:	
13. Diagnosis (Required) – if no diagnosis has been determined, enter objective findings of detailed statement of symptoms:		
14. Goals/Treatments:		
Doctor's Certificate and Signature (REQUIRED): Having considered the patient's regular or customary work, I certify under penalty of perjury that based on my examination, this Doctor's Certificate truly describes the patient's disability (if any) and the estimate duration thereof. I further certify that I am a:		
_____	_____	_____
(Type of Doctor)	(Specialty if Any)	(Licensed to Practice in the State of)
_____		_____
(ORIGINAL SIGNATURE OF ATTENDING DOCTOR – RUBBER STAMP IS NOT ACCEPTABLE)		(DATE)

Please Return the Completed Form to:

IBEW Local 1245 Injured Workers Plan
30 Orange Tree Circle
Vacaville, CA 95687