



El valor de sus beneficios

Esta es la segunda parte de una serie de tres partes de artículos en los que comparamos sus beneficios para la salud proporcionados a través de la UFCW y Empleadores del Fideicomiso de Beneficios (por sus siglas en Inglés UEBT) con aquellos que están disponibles para los demás trabajadores en los Estados Unidos.

La primera parte examinó la importancia y el costo de los beneficios de salud y cómo el Acta de Cuidado Asequible cambió la atención de la salud en América.

Sobre este tema, vamos a dar una mirada a la variedad de servicios cubiertos por la UEBT y cómo la

cantidad que usted paga por los servicios específicos cubiertos se compara con la cantidad pagada por otros trabajadores cubiertos en todo el país.

En los EE.UU., la mitad de los trabajadores no reciben seguro de salud por parte de sus Empleadores. Los Miembros de la UEBT son afortunados de tener beneficios para evitar problemas financieros en caso de que una enfermedad los afecte a ellos o a sus seres queridos. Los Miembros trabajan duro para ganar estos beneficios con el fin de proteger a sus familias y proveer para su futuro.

(Por favor vea la página 2)

EN ESTE EJEMPLAR

Cambios en las normas de Ausencia por Enfermedad

PÁGINA 4

Beneficios Médicos Prolongados

PÁGINA 5

Conozca sus plazos para presentar formas

PÁGINA 6

¿Qué es el Formulario 1095-B?

PÁGINA 7

Aprenda más acerca su pensión en línea

PÁGINA 8

FOR YOUR BENEFIT

es un boletín informativo diseñado para mantener informado a todos los miembros acerca de cómo utilizar sus beneficios de manera más efectiva. Los miembros pueden comunicarse también con los Empleados de Beneficios de la Unión o llamar a la Oficina del Fondo de Fideicomiso directamente: (800) 552-2400. Los horarios de telefono del Departamento de Salud y Bienestar son de 7:30 de la mañana a 5:30 de la tarde, de Lunes a Viernes. O visitenos en la red

WWW.UFCWTRUST.COM



El valor de sus beneficios **Parte 2**

(Continúa de la primera página)

BENEFICIOS LÍDERES EN LA INDUSTRIA PARA LOS PARTICIPANTES

Incluso entre otros trabajadores con seguro de salud en los EE.UU., la asequibilidad y la amplitud de los beneficios que disfrutaban los miembros de la UEBT se comparan muy favorablemente. Para más detalles, vea las comparaciones que figuran en la página siguiente.

Los participantes UEBT PPO en el Programa de la Asociación de Cuidado de la Salud (HCP) también reciben una cuenta de reembolso de salud (HRA), financiada por la UEBT al comienzo de cada año. Los Miembros no contribuyen a esta cuenta. Esta cuenta se puede utilizar para pagar Co-seguros médicos elegibles, Deducibles y co-pagos de medicamentos recetados. Las cantidades del HRA no utilizadas se transfieren y se pueden utilizar en los años futuros para reducir sus gastos

médicos y de medicamentos recetados de la UEBT.

Los exámenes preventivos, pruebas y exámenes a menudo están totalmente cubiertos para los participantes de la UEBT, incluyendo su examen físico anual, vacuna contra la gripe y el buen cuidado infantil. Usted debe visitar a un proveedor de La Red PPO para que estos servicios sean cubiertos al 100 por ciento.

Los Participantes PPO también tienen acceso a un asesoramiento experto médico las 24 horas por teléfono a través de MedExpert, así como un amplio tratamiento de la dependencia química y salud mental a través del Programa de Asistencia al Miembro Empleado (EMAP). (Los Participantes HMO reciben tratamiento de salud mental y dependencia de sustancias químicas a través de su HMO).

BENEFICIOS ADICIONALES

Como parte de sus beneficios de salud integral, los Participantes de la UEBT tienen beneficios de visión y dentales, lo que reduce en una gran medida los gastos de su bolsillo para cubrir estos servicios.

Los participantes Premier PPO y Kaiser en el Programa HCP sólo pagan un deducible de \$5 para su examen anual de la vista cuando se utiliza un proveedor de VSP dentro de la red. También se incluye cobertura para el armazón y los lentes, hasta un máximo de \$165 para el armazón.

Por los beneficios dentales, los participantes Premier PPO y Kaiser no pagan deducible por año calendario con un beneficio máximo anual de \$2,500. Los gastos relacionados con los servicios preventivos y de diagnóstico están completamente cubiertos.

Los servicios básicos de restauración están cubiertos en un 80 por ciento por los servicios cubiertos, mientras que los principales servicios de restauración están cubiertos en un 70 por ciento. El beneficio de ortodoncia también cubre a los Participantes de la UEBT hasta el 75 por ciento de los gastos cubiertos, hasta \$2,000 por persona, de por vida.

Los beneficios mencionados anteriormente son sólo una parte de la cobertura de los amplios beneficios que gozan los Participantes de la UEBT. La cobertura de podología, atención quiropráctica, acupuntura y muchos otros servicios también están disponibles para los Participantes.



For Your Benefit es la publicación oficial de la UFCW & Employers Benefit Trust. Utilizando todos nuestros recursos, hemos logrado recompilar toda la información correcta referente a ciertos beneficios, pero este boletín informativo no incluye todas las disposiciones que lo gobiernan, sus limitaciones, y todas sus exclusiones, pueden variar entre un plan y otro. Consulte el Summary Plan Description, Plan Document, Evidence of Coverage and/or Disclosure Form (“Governing Documents”) para información acerca de su gobernanza. En el caso de cualquier conflicto entre los términos de este boletín informativo y los Documentos de Gobernanza, los Documentos de Gobernanza tendrán preponderancia. Como siempre, la Junta Directiva de la UFCW & Employers Benefit Trust mantiene autoridad absoluta en determinar elegibilidad a su discreción, junto con los derechos del plan de beneficios y la interpretación de términos de los planes. La información contenida en estos artículos es sólo para su uso general y no deberá considerarse como sugerencia médica. Se recomienda que llame al 9-1-1 en caso de una emergencia.

1000 Burnett Avenue, Suite 110
Concord, CA 94520

2200 Professional Drive, Suite 200
Roseville, CA 95661

(800) 552-2400 • UFCWTRUST.COM

BIENESTAR ALENTADOR Y POSIBLE

A medida que el costo de la atención de la salud sigue creciendo, los planes de salud de todo el país se están centrando en los programas de bienestar general para animar a los participantes a utilizar no sólo los beneficios disponibles para ellos, sino también utilizar esos beneficios sabiamente.

Casi un tercio de los empleadores en los EE.UU. ofrecen evaluaciones de riesgo para la salud como la que usted llena cuando completa su Cuestionario de Riesgos de Salud (HRQ) — o una Evaluación Total de la Salud (THA) para los Miembros de Kaiser — para la UEBT, más de la mitad aprovecha las proyecciones biométricas para identificar maneras en las que los participantes pueden estar más saludables.

Casi todos los empleadores ofrecen al menos un programa de bienestar (pérdida de peso, dejar de fumar, entrenamiento, vacunas contra la gripe, etc.), y la UEBT ofrece varios de estos programas y más para sus Participantes, incluyendo un Programa de Decisión Médica de Apoyo Individual a través de MedExpert y un Programa de Gestión de Enfermedades.

Los Participantes de la UEBT también son capaces de tomar el control de su salud personal y ahorrar dinero en sus costos médicos, al participar en el Programa de Asociación de Cuidado de la Salud (HCP). Los miembros del Programa de HCP tienen gastos menores de su bolsillo y son capaces de ganar la mayor financiación potencial para sus HRAs.

Los beneficios que disfrutaban los Miembros de la UEBT lideran a la industria, tanto en la amplia cantidad de servicios de salud disponibles cubiertos, así como también en los bajos costos de bolsillo que pagan los Miembros para poder acceder a estos servicios.

En la parte final del artículo del Valor de Sus Beneficios, vamos a darle una mirada a cómo el intercambio de asistencia sanitaria — creado como parte de la Ley de Asistencia Asequible — afectará a sus beneficios, y cómo los beneficios actualmente ofrecidos por los intercambios comparan con sus beneficios.

FUENTE

- **The Kaiser Family Foundation and Health Research & Educational Trust Employer Health Benefits Annual Survey 2014**

Sus beneficios: ¿Cómo se comparan con otros planes?

La cantidad deducible anual promedio para un solo trabajador cubierto en los EE.UU. es \$1,217.

UEBT: El Deducible por año calendario para un empleado puede ser tan bajo como \$200 para los Participantes de Premier PPO y Kaiser en el programa de la Asociación de Atención de la Salud (HCP). Los Participantes Premier PPO HCP usan sus fondos de la cuenta de reembolso de salud (HRA) para lograr este deducible más bajo.

El co-seguro promedio de EE.UU. para las visitas al consultorio del médico de atención primaria es del 18 por ciento.

UEBT: El co-seguro para las visitas al consultorio del médico es tan bajo como el 15 por ciento para los participantes PPO Premier en el programa HCP y Participantes de Kaiser (Después de que se haya llegado al Deducible anual).

El co-pago promedio de EE.UU. para las prescripciones oscila entre \$11 a \$83 para ciertos medicamentos.

UEBT: Los Participantes Premier PPO y Kaiser HCP pagan tan poco como \$7 por un suministro de 30 días de medicamentos genéricos.

El co-seguro promedio de EE.UU. para las visitas al hospital y cirugía ambulatoria es de un 19 por ciento.

UEBT: Los Participantes Premier PPO y Kaiser HCP pagan sólo el 15 por ciento de estos costos al visitar hospitales y proveedores de la red (Después de que se haya llegado al Deducible anual).

Más de la mitad de los trabajadores estadounidenses con cobertura individual se encuentran en planes con un gasto máximo de bolsillo de \$3,000 o más por los servicios médicos.

UEBT: Los Participantes Premier PPO y Kaiser en el programa de la Asociación de Atención de la Salud (HCP) tienen un gasto máximo de bolsillo de \$ 2,200 para cobertura de empleado solamente. Los Participantes Premier PPO HCP usan sus fondos de la cuenta de reembolso de salud (HRA) para lograr este gasto más bajo de su bolsillo.

Cambios en las normas de Ausencia por Enfermedad

A partir del 1 de enero del 2016 se han realizado cambios a la forma de cómo la Licencia por Enfermedad/ Pago se administra para los Empleados de Empleadores que participan en el Plan de Licencia por Enfermedad de UEPT:

Los siguientes son los criterios por los cuales las Licencias por Enfermedad serán acumuladas, utilizadas y administradas durante **las primeras 24 horas o 3 días** (el que sea mayor) de Licencia por Enfermedad pagadas:

- El Empleado puede acumular y usar días de enfermedad acumulados y pagados a partir del día 90 de su empleo.
- El Empleado puede solicitar días de enfermedad pagados por escrito o verbalmente.
- El Empleado puede tomar licencia pagada por sí mismo o por un miembro familiar que necesita un diagnóstico, cuidado o tratamiento de una condición médica existente o cuidado preventivo o fines especificados para un Empleado que es víctima de violencia doméstica, asalto sexual o acecho.
- Licencia por Enfermedad/Pago puede

ser solicitado/pagado en incrementos de 2 horas.

- El Empleado **DEBE PONERSE EN CONTACTO CON EL EMPLEADOR** durante las primeras 24 horas o 3 días de Licencia por Enfermedad/Pago.

Una vez que las primeras 24 horas o 3 días (el que sea mayor) de Licencia por Enfermedad/Pago se agotan, la vigésima quinta (25) hora / cuarto (4º) día de Licencia por Enfermedad/Pago, el que sea mayor, será proporcionado **POR LA OFICINA DEL FONDO DE FIDEICOMISO** con las normas establecidas previamente como se indica en la Descripción abreviada del plan UEPT (SPD).

Los siguientes son algunos de los criterios por los cuales se acumularán Licencias por Enfermedad, utilizados y administrados:

- El Miembro seguirá acumulando días de enfermedad pagados mensualmente como se indica en el SPD, pero no más, para incluir las primeras veinticuatro (24) horas/tres (3) días de Licencia por Enfermedad/Pago acumulados.
- El Miembro podrá solicitar Beneficios de Licencia por Enfermedad únicamente por escrito, completando el formulario de Licencia por Enfermedad del UEPT.
- El Miembro puede solicitar Beneficios de Licencia por Enfermedad sólo por su propia enfermedad o discapacidad.
- Los Beneficios de Licencia por Enfermedad pueden ser solicitados para cualquier día en el que el miembro falló en trabajar al menos el 50% de sus horas de tiempo corrido programadas debido a una enfermedad o discapacidad.
- El Miembro debe ser visto por un médico durante su discapacidad para recibir Beneficios de Licencia por Enfermedad durante el primer día de incapacidad.

ACUMULACIÓN MENSUAL DE LICENCIA POR ENFERMEDAD

Horas de Trabajo Mensuales	Premium y Ultra	Estándar
Menos de 64 horas	0 horas	0 horas
Al menos 64 horas pero menos de 120 horas	3 horas	2 horas
120 horas o más	6 horas	4 horas

RECORDATORIO DE VACUNAS PARA TODOS LOS PARTICIPANTES

Para todos los Participantes del Plan Activo UEPT PPO y sus Cónyuges/Parejas de Hecho e hijos Dependientes, la mayoría de las vacunas están cubiertas al 100% (\$0 copago) bajo el Cuidado Preventivo. Una cobertura se proporciona cuando se obtiene la vacuna en su farmacia local o de la red UEPT por un proveedor de Blue Shield dentro de la red. Consulte con su farmacia local de la red UEPT para saber que inmunizaciones están disponibles.

Usted puede iniciar una sesión en el sitio de Internet del Fondo de Fideicomiso en UFCWTRUST.COM.

En la pestaña de Recursos, seleccione Buscar un Proveedor y usted será llevado a una selección de proveedores. Desde allí, se puede enlazar a un proveedor de farmacia para buscar farmacias UEPT participantes.

Además de su vacuna anual contra la gripe, las vacunas comunes incluyen aquellas para la Hepatitis A y B, Tétanos, Varicela y el VPH. Consulte a su Descripción Resumida del Plan (SPD) para obtener una lista y programa completo, incluyendo las vacunas pediátricas específicas y las que se sugieren para los Participantes mayores de 60 años.

Miembros PPO: Hable con su médico antes de recibir servicios médicos

Considérese un consumidor, al igual que un paciente, durante sus visitas al médico. Es su responsabilidad garantizar que la atención que recibe está cubierta por su plan de salud.

¿EN LA RED?

Siempre asegúrese de preguntar al médico si él o ella es “un proveedor contratado de la red actual con Blue Shield of California.” No se limite a preguntar si él o ella aceptan su seguro.

El uso de un proveedor de Blue Shield PPO dentro de la red le asegura que usted reciba el descuento dentro de la red y evita que el proveedor le facture la diferencia entre el descuento de la red y los cargos reales facturados en los gastos cubiertos. Además, si usted tiene ingresos electivos, asegúrese de que el hospital es un hospital dentro de la red con Blue Shield con el fin de mantener sus costos bajos.

Si su médico le ordena una prueba de sangre, asegúrese de preguntar por qué es necesaria la prueba de laboratorio y sólo utilizar un laboratorio de Blue Shield dentro de la red. Los análisis de sangre estándar pueden costar entre \$150 y \$2,000. Usted puede reducir los gastos de su bolsillo si utiliza un laboratorio independiente dentro de la red versus un laboratorio en el departamento ambulatorio de un hospital u otro centro médico.

Las pruebas de laboratorio de diagnóstico están sujetas a su deducible y co-seguro. Los costos de las pruebas de detección preventivas cubiertas por la Ley de Asistencia Asequible (ACA) son 100%



cubiertas por su Plan, sin costo alguno para el Miembro.

PREGUNTAS PARA SU MÉDICO

Aquí hay algunas preguntas adicionales para hacerle a su médico en su próxima visita. Las respuestas a estas preguntas podrían hacer una gran diferencia cuando se trata de los gastos de su bolsillo.

“Usted ha recetado un medicamento de marca que no aparece en mi Lista de Medicamentos Preferidos. ¿Necesito este medicamento específico?”

“Me ha referido a un especialista. ¿Es el especialista que usted está recomendando un proveedor actual de Blue Shield dentro de la red?”

BENEFICIOS MÉDICOS PROLONGADOS

Los miembros PPO y/o sus Dependientes que están Totalmente Discapacitados, tienen 60 días para solicitar Beneficios Médicos Extendidos después de perder la cobertura ganada en el trabajo.

“La cobertura ganada en el Trabajo” es la cobertura como resultado de las contribuciones del Empleador al Fondo (horas trabajadas o compensadas), La Ley de Ausencia Familiar y Médica (FMLA) o extensión por incapacidad. COBRA y Auto-Pago no se ganan la cobertura, y se ejecutarán simultáneamente con esta ampliación de prestaciones médicas.

Estos Beneficios Médicos Extendidos están disponibles sólo para los miembros PPO que solicitan la extensión dentro de los 60 días. Los Miembros Kaiser HMO no son elegibles para Beneficios Médicos Extendidos.

Los Beneficios Médicos Extendidos terminarán tan pronto como:

- La fecha en la que usted o su Dependiente ya no estén Totalmente Incapacitados;
- 12 meses desde la finalización de la cobertura ganada; o
- La fecha en que usted o su Dependiente se cubra bajo otro plan que proporcione beneficios similares para la enfermedad o lesión incapacitante.

Conozca sus plazos para presentar formas y ahorrar dinero

Con el fin de aprovechar al máximo los beneficios líderes en la industria que usted tiene como miembro de la UEBT, usted debe presentar la documentación necesaria a la Oficina del Fondo de Fideicomiso (TFO) cuando se produce un evento importante en su vida. El conocimiento de los plazos para presentar los formularios importantes puede ayudar a evitar gastos de su bolsillo y la pérdida de cobertura.

Los siguientes plazos son aplicables a los Participantes Premier, Ultra y Estándar:

- **Nuevo Cónyuge o Pareja:** Notificar a la TFO dentro de los 90 días (Miembros Kaiser: 60 días).

- **La pérdida de la cobertura del Cónyuge o Pareja Doméstica:** Notificar a la TFO dentro de los 30 días a partir de la pérdida de la otra cobertura de grupo de su Cónyuge o Pareja Doméstica.

- **Recién Nacido:** Notificar a la TFO y presentar el Certificado de Nacimiento Emitido por el Condado dentro de los 90 días siguientes a la fecha del nacimiento (Miembros Kaiser: 60 días). Si usted no tiene el Certificado de Nacimiento Emitido por el Condado para estos plazos:

- Presente el Certificado de Nacimiento Emitido por el hospital y la prueba de que usted solicitó un Certificado de Nacimiento de su hijo con el Condado dentro de los 60 días siguientes de la fecha de nacimiento (para ambos, PPO y HMO) para una cobertura temporaria de seis meses que comienza con la fecha de nacimiento.
- El Certificado de Nacimiento Emitido por el Condado debe ser recibido por el TFO a más tardar seis meses después de la fecha de nacimiento.

Si el Certificado de Nacimiento Emitido por el Condado no se ha presentado a tiempo, la cobertura para el recién nacido va a terminar el último día del sexto mes siguiente a la fecha de nacimiento del recién nacido y tendrá que esperar hasta la siguiente Inscripción Abierta para inscribir a su hijo/a.

Debido a posibles retrasos en la obtención del Certificado de Nacimiento Emitido por el Condado, asegúrese de solicitar el Certificado oficial tan pronto como sea posible, y **NO MÁS TARDE** de los 60 días después de la fecha de nacimiento, y guarde una copia de la prueba de su aplicación.

ENVIAR FORMULARIOS IMPORTANTES A TIEMPO PARA EVITAR GASTOS DE SU BOLSILLO Y PÉRDIDA DE COBERTURA.



- **Nuevo hijo adoptado o en adopción temporal:** Los Miembros PPO deben notificar a la TFO dentro de los 90 días desde la fecha de la adopción del niño o adopción temporal, y los Miembros Premier HMO deben notificar a la TFO dentro de los 60 días.

- **La Pérdida de la Cobertura de un Hijo/a Dependiente:** Notificar a la TFO dentro de los 30 días a partir de la pérdida de otro grupo de cobertura para su hijo/a Dependiente.

- **Elección de cobertura COBRA:** Notificar a la TFO dentro de los 60 días siguientes a su notificación de pérdida de la cobertura, 60 días a partir de la pérdida de elegibilidad o 60 días a partir del final de la elegibilidad extendida, la que sea más tarde.

AVISO: ¿QUÉ ES EL FORMULARIO 1095-B Y QUÉ ES LO QUE HAY QUE HACER PARA MIS IMPUESTOS DEL 2015?

En virtud de la Ley de Asistencia Asequible, todos los contribuyentes no exentos deben probar que tienen una cobertura mínima de seguro de salud que califica durante un año calendario con el fin de evitar el pago de una responsabilidad compartida individual, también conocida como una pena de impuestos sobre la renta.

El Formulario 1095-B es una forma de declaración de impuestos que generalmente indica el tipo de cobertura de seguro de salud que usted tiene, los Dependientes inscritos en su plan de seguro de salud, y el período de cobertura para el año calendario 2015 para usted y cada uno de sus Dependientes inscritos. Esta forma proporcionará la información básica que necesitará para verificar, en su declaración de impuestos, que usted y sus Dependientes inscritos tienen una calificación de cobertura de seguro de salud, al menos mínima, durante el año calendario.

La Oficina del Fondo de Fideicomiso le enviará por correo una copia de su Formulario 1095-B a principios del 2016. Usted también puede recibir un Formulario 1095-B adicional de su Compañía Médica (HMO), si es aplicable. El formulario 1095-B también se reporta electrónicamente al IRS directamente, pero asegúrese de mantener la copia del Formulario 1095-B para sus archivos.

Por favor, revise su Formulario 1095-B con cuidado y

verifique que la información en el formulario sea exacta. Si la información necesita ser actualizada, por favor, póngase en contacto con la organización que emitió el 1095-B para solicitar una forma actualizada. Por ejemplo, si el Formulario 1095-B que se le envió a usted por correo por parte de su HMO necesita ser actualizado, usted debe llamar a su HMO para recibir una forma actualizada. Si usted cree que es necesario hacer correcciones en el Formulario 1095-B que la Oficina del Fondo de Fideicomiso le envió, por favor, llame al Fondo de Fideicomiso al (800) 552-2400.

La información de la Forma 1095-B se reporta electrónicamente al IRS. Todas las comunicaciones y las formas que se reciben en el correo de la Oficina del Fondo de Fideicomiso en relación con cualquiera de los formularios de impuestos en virtud de la Ley de Asistencia Asequible, incluyendo este aviso, no están destinados a servir de asesoramiento fiscal. Por favor, póngase en contacto con su asesor de impuestos con preguntas al respecto de su obligación tributaria individual. Para obtener información adicional sobre el Formulario 1095-B y 1095-C, usted puede iniciar sesión en el sitio de Internet del IRS en: <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Questions-and-Answers-about-Health-Care-Information-Forms-for-Individuals>.



Beneficios prenatales para sustitutos

Si usted es un participante UEBT que es una madre gestante, el plan cubrirá algunas de sus revisiones de atención preventiva — incluyendo servicios necesarios de atención prenatal — en conformidad con la Ley de Asistencia Asequible.

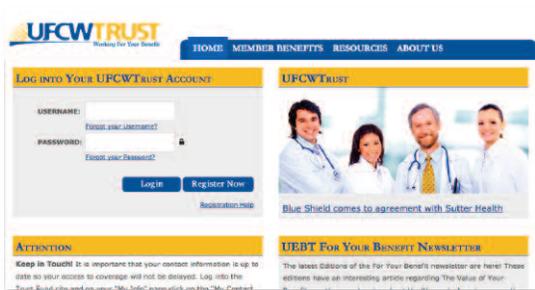
Todos los demás gastos relacionados para embarazos gestantes, (independientemente de si la madre de alquiler o de la madre potencial es un participante en este Plan), incluyendo el parto y la cobertura para el niño después de su nacimiento, no están cubiertos como parte de su plan de salud (a menos que la madre prevista es una participante en este plan).

Los Participantes Kaiser HMO deben ponerse en contacto directamente con Kaiser para su información de cobertura de maternidad de gestación.

Más información acerca de sus beneficios de pensión pueden encontrarse en el sitio en Internet en ufcwtrust.com

Los Miembros de la UEBT tienen acceso a información sobre sus beneficios de jubilación y pensión en **UFCWTRUST.COM**.

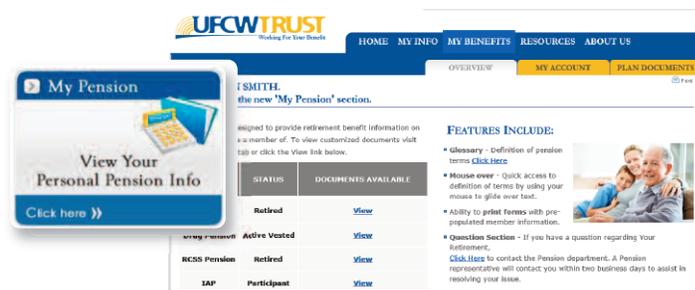
Acceda a su información personalizada siguiendo estos pasos:



1. ENTRE EN **UFCWTRUST.COM**. USTED LLEGARÁ A LA PÁGINA DE “MI INFORMACIÓN” (“MY INFO”). Se le mostrará su información personal. Confirme si su información personal es correcta y, si no es correcta, por favor, tómese el tiempo para actualizarla. Si necesita actualizar su dirección, números de teléfono o dirección de correo electrónico, usted puede hacer clic en la casilla de Mi Información de Contacto en la parte inferior derecha de la página para rellenar un formulario en línea de Cambio de Información de Contacto. Si necesita actualizar su nombre, fecha de nacimiento, número de seguro social o estado civil, puede ponerse en contacto con la Oficina del Fondo de Fideicomiso para actualizar sus datos según sea necesario.



3. SELECCIONE LA PESTAÑA “PLAN DE DOCUMENTOS” (“PLAN DOCUMENTS”). Usted tendrá acceso a todos los documentos relacionados con los planes en los que es Miembro. Estos incluyen actualizaciones y avisos sobre cambios en sus beneficios, así como su descripción resumida del plan y el Aviso Anual de Financiación.



2. SELECCIONE EL ICONO “MI PENSIÓN” (“MY PENSION”). Podrá ver un resumen de la información de su Beneficio de Retiro, incluyendo los fondos de los que usted es Miembro, así como su estatus y enlaces a documentos personalizados. También puede acceder a un glosario de términos de pensiones y enviar una pregunta al Departamento de Pensiones en Internet. Usted será contactado por un representante de Pensiones dentro de dos días hábiles para poder ayudarlo a resolver su problema.



4. SELECCIONE LA PESTAÑA “MI CUENTA” (“MY ACCOUNT”). Allí usted puede acceder a su Estimación de Pensión haciendo clic en “Ver” (“View”) junto a “Estimación de Pensiones” (“Pension Estimate.”) Si usted es un miembro de un Plan de Pensiones de Cuentas Individuales, también encontrará su declaración anual en esta página.