

# Southern California Lumber Industry Welfare Fund

Established Jointly by Employers and Local Unions

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

November 2024

## **IMPORTANT NOTICE SPECIAL ENROLLMENT RIGHTS UNDER THE HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT OF 1996**

As required by the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA), the Trust Fund is hereby notifying you of HIPAA's special enrollment rights. These enrollment rights are applicable if you are a current employee and you initially declined health and welfare coverage under the Plan for you and/or your dependent(s) because you and/or your dependent(s) had other health coverage, if you initially declined health and welfare coverage under the Plan for your dependent(s) for another reason but subsequently obtain other health coverage for them, decline coverage under this Plan again during an open enrollment period for that reason and then lose that other health coverage, or if you add a new dependent(s).\* You cannot waive coverage under this Plan for yourself, unless you have other health coverage.

### Loss of Coverage

1. You may be eligible to enroll you and/or your eligible dependent(s) (including your spouse) if you and/or your dependent(s) lose their eligibility under the other health coverage, so long as you request enrollment within 30 days after you and/or your dependent(s) coverage ends. (The 30-day enrollment rule is changed to 60 days if you and/or your dependent(s) lose coverage under a Medicaid plan under Title XIX of the Social Security Act (Medicaid) or under a state child health insurance plan under Title XXI of such Act (CHIP).) Coverage will begin no later than the first day of the first calendar month beginning after the date the Trust Fund receives your request for special enrollment subject to #3.
2. If you do not inform the Trust Fund within 30 days (or 60 days, as applicable) of you and/or your dependent(s) coverage ending, you may still enroll you and/or your dependent(s) but you must wait until the Plan's next open enrollment period in November of each year subject to #3. In this situation, the Plan's two-month waiting period will apply.
3. Your employer must also remit the required monthly contributions in accordance with the Plan's eligibility rules and you must substantially complete the Plan's enrollment materials.

### Addition of New Dependent

1. If you previously declined coverage for you and/or your dependent(s) and you add a new dependent(s) as a result of marriage, birth, adoption or placement for adoption, you may be able to enroll you and/or your dependent(s) so long as you request enrollment within 30 days after the marriage, birth, adoption or placement for adoption. (The 30-day enrollment rule is changed to 60 days if you and/or your dependent(s) lose coverage under Medicaid or a CHIP.) Coverage will begin in the case of marriage, no later than the first day of the first calendar month beginning after the date the Trust Fund receives the request for special enrollment; in the event of birth, adoption or placement for adoption, coverage will begin with the date of birth, adoption or placement for adoptions, respectively, subject to #3.
2. If you do not inform the Trust Fund within 30 days (or 60 days, as applicable) after the marriage, birth, adoption or placement for adoption, you may still enroll you and/or your dependent(s) but you must wait until the Plan's next open enrollment period in November of each year subject to #3. In this situation, the Plan's two-month waiting period will apply.
3. Your employer must also remit the required monthly contributions on behalf of you and/or your dependent(s) in accordance with the Plan's eligibility rules and you must substantially complete the Plan's enrollment materials.

If you have any questions or your want to request special enrollment for you and/or your dependents, please write or call the Trust Fund's Administrative Office at:

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

**\* Important Note:** Under no circumstances will this Fund offer dependent coverage only. The employee must be a participant in the Plan before his dependents are eligible for coverage. In addition, all existing dependent children must be added to the Plan at the same time, i.e., coverage for only one dependent child is not available if you have more than one.

**Southern California Lumber Industry  
Welfare Fund**  
Established Jointly by Employers and Local Unions

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

Noviembre 2024

**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 rehúso 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 rehúso la cobertura de salud bajo el Plan para su dependiente (s) por otra razón, pero subsiguientemente obtiene otra cobertura de salud para ellos, rehúsa la cobertura bajo este Plan otra vez durante el período 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, todavía 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) rehúso 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.