

INSURANCE ELIGIBILITY GUIDELINES

STATE DISABILITY: Maximum 6 months off work for Insurance Eligibility

WORKER'S COMP: Maximum 12 months off work for Insurance Eligibility

EXTENDED BENEFITS: All Participants must file thru Your Employer and they will determine if you qualify for FMLA or CFRA/LOA.

- *FMLA is only when your company pays contributions for your insurance*
- *EDD Paid Family Leave/Bonding does not extend insurance coverage*

INSURANCE PREMIUMS: (see premium schedule of allowances)

Member only	\$7.00 per week	\$28/\$35.00 monthly
Member with children	\$10.50 per week	\$42/\$52.50 monthly
Member & Spouse/Domestic Partner	\$15.00 per week	\$60/\$75.00 monthly
With or without children		

Check or Money orders payable to UFCW BENEFIT FUND or you may pay via Visa, MasterCard or debit card, NO CASH

- *All Participants **MUST** submit copies of each and every one of the following EDD Check Stubs, Worker's Comp and Company Approval Letter*
- *To be credited towards hours, your name and social security number must be on the stubs*

GUIA de ELIGIBILIDAD de SEGURO

SILVER & GOLD PARTICIPANTS

Check stubs is only a place holder in lieu of a break in coverage. Your Employers Approval Letter determines your Eligibility status. Please contact the Insurance Department for further instructions

FOR QUESTIONS ABOUT YOUR HEALTH & WELFARE BENEFITS ELIGIBILITY OR ADDING DEPENDENTS PLEASE CONTACT LOCAL 1167 @ 909-877-1110 or 1-800-698-8329 ext. 1

MEMBERSHIP DUES DEPT NOTIFICATION

Please contact the Membership Department at 909-877-5000 ext. 3

Regarding Associate Dues/Withdrawal Card

Seguro Estatal de Incapacidad: Maximo 6 meses Eligibilidad de Seguro

Compensacion del Empleador: Maximo 12 meses Eligibilidad de Seguro

Beneficios Extendidos: Todo los participantes deven llenar formularios con su compania, su Compania determina la calificacion de FMLA o CFRA/LOA

- *FMLA Solo cuando su compania paga la contribucion de aseguranza*
- *EDD Plan familiar pagado/lazos efectivos, no extiende su cobertura de seguro*

PRIMAS de SEGURO: (lista de motos autorizados)

Participante solamente \$7.00 por semana \$28/\$35.00 mes

Participante con hijos \$10.50 por semana \$42/\$52.50 mes

Participante y conyugue o pareja domestica \$15.00 por semana \$60/\$75.00 mes

Con o sin hijos

INSURANCE ELIGIBILITY GUIDELINES

Cheques o giro postal pagable a UFCW Benefit Fund, por Visa, Mastercard o tarjeta de debito
NO EFECTIVO

- *Todos los Participantes deben presentar todos los comprobantes de pago (talon) del EDD, compensacion del empleador y la carta aprobada por su compania*
- *Para tener credibilidad hacia horas, su nombre y numero seguro social debe de estar en su comprobante de pago (talon)*

SILVER Y GOLD PARTICIPANTES

Su comprobante de pago (talon) reserva su fecha de antiguedad por parte de la aseguranza. Su carta aprobada por su empleador determina su posicion. Por favor contacte el departamento de seguro para mas informacion.

PREGUNTAS SOBRE SU ELIGIBILIDAD, BENEFICIOS SALUD Y BIEN ESTAR, O PARA AGREGAR DEPENDIENTES POR FAVOR CONTACTE SU SINDICATO LOCAL 1167 al 909-877-1110 o 1-800-698-8329 ext. 1

NOTIFICACION de Su Sindicato Local

Por favor contacte su sindicato local 1167 al (909) 877-5000 ext. 3 con respecto a sus cuotas por parte de la union.