

Supplemental & Benefit Trusts

Formulario de apelación de elegibilidad y reintegros

Marque el casillero que mejor describa el motivo de su apelación, presente una carta que explique las circunstancias de su apelación y proporcione la documentación solicitada para el tipo de apelación que haya elegido. Si no se proporcionan los puntos anteriores, la revisión de su apelación puede demorarse. Se tomará una decisión sobre su apelación en un plazo de 30 días a partir de la recepción de todos los documentos necesarios.

- Determinación de Elegibilidad para el Seguro Odontológico, Oftalmológico y los Beneficios del Programa de Asistencia al Empleado. Se requiere la documentación de las horas trabajadas durante el periodo relevante.
- La cantidad a reintegrar se pagó de forma incorrecta. Envíe copias del Formulario de reintegro y la documentación requerida conforme a ese formulario.
- La cantidad a reintegrar no fue recibida. Envíe otra vez el Formulario de reclamación de reintegro y toda la documentación requerida.
- Determinación de elegibilidad para el Fideicomiso Complementario. Se requiere la documentación de las horas trabajadas durante el periodo relevante.
- Otro. Especifique en su carta las circunstancias y la solicitud de apelación y proporcione documentación complementaria.

Firma del Participante

Fecha

Nombre legal (apellido, nombre, inicial del segundo nombre): _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono más adecuado para localizarlo: _____

**Envíe este formulario y los documentos complementarios por correo o fax a: Oregon
Homecare Workers Trust, PO Box 6, Mukiteo, WA 98275. Por fax: 1-866-459-4623.**

90E1033

The benefits of the Homecare Workers Supplemental and Benefit Trusts were negotiated by SEIU Local 503 homecare and personal support workers through their bargaining team.

P.O. BOX 6, MUKILTEO, WASHINGTON 98275 website: orhomecaretrust.org

Trust Administration: 844-507-7554 fax: 866-459-4623 email: OHCWT@vimly.com

