



Building Service 32BJ Health Fund

25 West 18th Street
New York, NY 10011-4676

www.32bjfunds.org
800-551-3225 Benefits Information

Kyle E. Bragg, *Chairman*
Howard I. Rothschild, *Secretary*
Peter Goldberger, *Executive Director*
Cora Opsahl, *Fund Director*

April 14, 2022

{Participant Name}
{Address}
{City, State Zip Code}

Dear {Participant Name}:

Your union contract provides employees with comprehensive health coverage under the Building Service 32BJ Health Fund's Basic Plan (the Plan). **Enclosed is information regarding the benefits that are available to you under this Plan.**

Only employees who were hired prior to a certain date listed in your collective bargaining agreement may exercise an option to opt out of such coverage if they have adequate coverage elsewhere. If you wish to opt-out of coverage you are required to complete the enclosed *Health Recertification Attestation Form* and mail it back to the address indicated below.

We must receive a response from you no later than May 14, 2022 in order for your election to be processed. **If we do not receive a response you will automatically be enrolled in the Plan.** Once you are enrolled in coverage, you will no longer be able to opt out of coverage. Elections received after May 14, 2022 will not be processed because the health recertification period will have ended.

Building Service 32BJ Benefit Funds
Department of Eligibility
25 West 18th Street
New York, NY 10011
Fax: (212) 844-2717

If you choose not to enroll in coverage at this time, you will be given another opportunity to enroll in the Plan during the next annual health recertification period in October. However, if you wish to continue to opt out of coverage, you are required to continue to respond to our notice during each annual health recertification period.

For more information or if you have questions about your benefits, call Member Services at 1-800-551-3225, Monday through Friday between 8:30 am and 5:00 pm or visit us on-line at www.32bjfunds.org.

Sincerely,

A handwritten signature in cursive script that reads 'Thomas Ormsby'.

Tom Ormsby
Director



Building Service 32BJ Health Fund

25 West 18th Street
New York, NY 10011-4676

www.32bjfunds.org
800-551-3225 Benefits Information

Kyle E. Bragg, *Chairman*
Howard I. Rothschild, *Secretary*
Peter Goldberger, *Executive Director*
Cora Opsahl, *Fund Director*

14 de abril de 2022

Estimado(a) Participant Name:

El contrato de su unión brinda a los empleados cobertura de salud integral en virtud del Plan Basic (el Plan) del Building Service 32BJ Health Fund. **Adjunta encontrará información relacionada con los beneficios que están disponibles para usted conforme a este Plan.**

Solo los empleados que fueron contratados antes de una fecha determinada que aparece en su acuerdo colectivo de trabajo podrán ejercer la opción de excluyéndose de dicha cobertura si tienen cobertura adecuada de otro tipo. Si desea excluyéndose de la cobertura, tiene que llenar el *Formulario de atestiguación para recertificación de salud* y enviarlo por correo a la dirección indicada a continuación.

Debemos recibir una respuesta de su parte antes el 14 de mayo de 2022 para que se pueda procesar su elección. **Si no recibimos una respuesta, se le inscribirá automáticamente en el Plan.** Una vez que se inscriba para la cobertura, ya no podrá excluirse de ella. Las elecciones recibidas después del 14 de mayo de 2022 no se procesarán porque el período de inscripción de recertificación de salud habrá terminado.

Building Service 32BJ Benefit Funds
Department of Eligibility
25 West 18th Street
New York, NY 10011
Fax: (212) 844-2717

Si elige no inscribirse en la cobertura en este momento, se le dará otra oportunidad de inscribirse en el Plan durante el próximo período de recertificación de salud anual en octubre. Sin embargo, si desea continuar excluirse por no recibir cobertura, debe continuar respondiendo a nuestro aviso durante cada período anual de recertificación de salud.

Para obtener más información, o si tiene preguntas sobre sus beneficios, llame al Centro de servicios para afiliados al 1-800-551-3225, de lunes a viernes entre las 8:30 a. m. y las 5:00 p. m., o visítenos en Internet en www.32bjfunds.org.

Atentamente,

A handwritten signature in black ink that reads 'Thomas Ormsby'.

Tom Ormsby
Director

HEALTH RECERTIFICATION ATTESTATION FORM
Building Service 32 BJ Benefit Funds /
FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE RECERTIFICACIÓN DE SALUD
Building Service 32 BJ Benefit Funds



Questions? Call Member Services at 1-800-551-3225.

Instructions: Please print in blue or black ink. Do not tape or staple. /

¿Tiene alguna pregunta? Llame al Centro de servicios para afiliados al 1-800-551-3225.

Instrucciones: Escriba en letra de imprenta con tinta azul o negra. No lo pegue ni engrape.

Section 1: PARTICIPANT INFORMATION / Sección 1: INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Last Name / Apellido		First Name / Nombre		Middle initial / Inicial del segundo nombre	
Social Security No. / Número de seguro social ____ - ____ - _____			Date of Birth / Fecha de nacimiento		
Home Address / Dirección particular		Apt. No. / Apto. No.	City / Ciudad	State / Estado	Zip Code / Código postal
Home Telephone / Teléfono particular ()		Cell Phone / Teléfono móvil ()		Date of Hire / Fecha de contratación	
Email Address / Dirección de correo electrónico _____			Work Location / Lugar de trabajo		
Employer / Empleador					

Section 2: COVERAGE ELECTION / Sección 2: ELECCIÓN DE COBERTURA

If you wish to decline coverage, please check the box below. You may decline coverage if you have other health coverage such as group health plan coverage through a spouse, COBRA coverage, Marketplace coverage, or Medicare. If you are covered by Medicare, you may only decline this coverage if you have other coverage that would be primary to Medicare, including, for example, group health plan coverage through a spouse. You may not decline coverage if you only are covered by Medicare. / Si desea rechazar la cobertura, marque la casilla a continuación. Usted puede rechazar la cobertura si tiene otra cobertura de salud, como una cobertura de un plan de salud grupal a través de su cónyuge, cobertura COBRA, cobertura del Mercado de salud, o Medicare. Si está cubierto por Medicare, sólo puede rechazar esta cobertura si tiene otra cobertura que funciona como su cobertura principal para Medicare, incluida, por ejemplo, la cobertura de un plan de salud grupal a través de su cónyuge. No puede rechazar la cobertura si sólo está cubierto por Medicare.

Decline all Coverage: By declining all coverage, I agree to forego 32BJ Health Fund coverage and attest that I currently have adequate coverage elsewhere. I attest further that if I am covered by Medicare, I have coverage other than Medicare that is primary to Medicare. I understand that by declining coverage, I will not be eligible for any health coverage available to me under my Collective Bargaining Agreement. / **Rechazar toda la cobertura:** Al rechazar toda la cobertura, acuerdo renunciar a toda la cobertura de 32BJ Health Fund y declaro que actualmente poseo cobertura adecuada a través de otro medio. Asimismo, declaro que si tengo cobertura de Medicare, también tengo otra cobertura diferente que funciona como cobertura principal para Medicare. Comprendo que al rechazar la cobertura no seré elegible para ningún tipo de cobertura de salud disponible conforme a mi Acuerdo colectivo de trabajo.

The Fund will share info with employer in order to facilitate your employer's payment of the Wage Supplement to you. For further information on the Fund's policy regarding sharing Protected Health Information, contact Member Services to obtain a copy of the Notice of Privacy Policy./ [El Fondo compartirá información con el empleador para poder facilitar el pago del Complemento salarial que le realiza el empleador. Para obtener más información sobre la política del Fondo respecto de la divulgación de Información de salud protegida, comuníquese con el Centro de servicios para afiliados para obtener una copia del Aviso de la Política de privacidad.](#)

Section 3: PARTICIPANT SIGNATURE / [Sección 3: FIRMA DEL PARTICIPANTE](#)

I DECLARE THE INFORMATION ON THIS FORM IS TRUE AND COMPLETE TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE. I AGREE TO PROVIDE ADDITIONAL DOCUMENTS TO CONFIRM THIS INFORMATION IF REQUESTED BY THE BUILDING SERVICE 32BJ BENEFIT FUNDS. I AGREE TO IMMEDIATELY LET THE BUILDING SERVICE 32BJ BENEFIT FUNDS KNOW OF ANY CHANGES IN THIS INFORMATION I HAVE PROVIDED AND UNDERSTAND THAT FAILURE TO DO SO MAY RESULT IN THE DELAY OR DENIAL OF A 32BJ BENEFIT./ [DECLARO QUE LA INFORMACIÓN DE ESTE FORMULARIO ES VERDADERA Y COMPLETA A MI LEAL SABER Y ENTENDER. ACEPTO PROPORCIONAR DOCUMENTOS ADICIONALES PARA CONFIRMAR ESTA INFORMACIÓN SI ASÍ LO SOLICITA BUILDING SERVICE 32BJ BENEFIT FUNDS. ACEPTO COMUNICAR INMEDIATAMENTE A BUILDING SERVICE 32BJ BENEFIT FUNDS CUALQUIER CAMBIO EN ESTA INFORMACIÓN QUE HE BRINDADO Y COMPRENDO QUE NO HACERLO PUEDE RESULTAR EN LA DEMORA O RECHAZO DE UN BENEFICIO DE 32BJ.](#)

Signature of Participant / [Firma del participante](#)

Date Signed / [Fecha en que se firmó](#)

Please mail the completed form to: [Envíe por correo el formulario llenado a la siguiente dirección:](#)

**Department of Eligibility
Building Service 32BJ Benefit Funds
25 West 18th Street
New York, NY 10011-4676
or fax to: / [o por fax al:](#)
212-844-2717**