

Regional District Council Welfare Trust

c / o William C. Earhart Company, Inc. • PO Box 4148 • Portland, Oregon 97208
Toll Free (800) 846-0611 • Fax: (503) 284-9386

Open Enrollment -Dependent Child Coverage November 1, 2020 through December 1, 2020

Dear Participant:

The Board of Trustees for the Regional District Council Welfare Trust (“Fund”) is pleased to announce that medical, prescription drug, dental and vision coverage is available to the eligible dependent children of all participants at a cost of only \$80 per month effective January 1, 2021¹. The Board of Trustees will continue to subsidize a significant portion of the cost of this coverage to ensure dependent child coverage is available at an affordable cost. Similar coverage to what the Fund provides, but obtained in the Marketplace, can cost in excess of \$200 per month for each dependent child, depending on individual circumstances. The Fund’s dependent child coverage is only \$80 per month, no matter how many dependent children you enroll.

Eligible dependents will continue to be covered under the Plan as long as you make timely \$80 per monthly payments. Once enrolled, if you lose eligibility you and your dependent child(ren) will be notified of the option to enroll in COBRA coverage.

The enclosed Summary of Benefits and Coverage sets out a brief summary of the benefits that are available to dependent children of eligible participants. Dependent children eligible to be enrolled in this coverage are your biological children, adopted children (including children placed with you for adoption), stepchildren or eligible foster children who are under 26 years of age. Dependent spouses are not eligible for dependent coverage at this time². **Coverage for your Dependent children is only available during months in which you are eligible for coverage from the Fund.**

If you wish to enroll your dependent child(ren), you must complete the enclosed enrollment form and return it along with your initial \$80 dependent coverage payment to the Fund Office at P.O. Box 4148, Portland, OR 97208, by no later than December 1, 2020. If your enrollment form and payment are received in the Fund Office by December 1, 2020, then your eligible dependent child(ren) will have coverage under the Fund effective January 1, 2021. If your enrollment form and payment are not received in the Fund Office by December 1, 2020, then your dependent child(ren) will not be enrolled in coverage under the Fund and may not be eligible to enroll again until the Fund’s next open enrollment period, which will be November 1, 2021 through December 1, 2021.

¹ Dependents of General Foremen will still receive their coverage without additional cost so long as the monthly Dependent Contributions are made on the Participant’s behalf by his Employer.

² Dependent spouses of General Foremen will still receive their coverage without additional cost so long as the monthly Dependent Contributions are made on the Participant’s behalf by his Employer.

Future monthly premiums will be due by the 20th of the month preceding the coverage month. By way of example, in order for your eligible dependent child(ren) to have coverage in February 2021, you will need to submit your payment of \$80 by January 20, 2021. Your eligible dependent child(ren) are required to maintain continuous coverage, which means they cannot have a gap in their coverage or their coverage will terminate and they may be ineligible to re-enroll until the next open enrollment period (November 1st through December 1st of each year). To ensure your eligible dependent children do not lose coverage, make sure your payments are made on time every month.

If you have specific questions about your benefits or need a copy of the SPD for the Regional District Council Welfare Trust, contact the Fund Office at (800) 846-0611.

Sincerely,

Board of Trustees

This announcement and the enclosed Summary of Benefits and Coverage, contain highlights of certain features of the Regional District Council Welfare Trust. Full details are contained in the documents that establish and control the Plan. If there is a discrepancy between the wording here and the documents that establish and control the Plan, the documents that establish and control the Plan will govern. The Trustees reserve the right to amend, modify, or terminate the Plan at any time.

Statement of Grandfathered Status

The Board of Trustees believes that this Plan is a “grandfathered health plan” under the Patient Protection and Affordable Care Act (“PPACA”), which permits the Plan to preserve certain basic health coverage already in effect before the law was passed. As with all grandfathered health plans, the Plan is not required to include certain consumer protections of the PPACA that apply to other non-grandfathered plans (for example, providing preventive health services without any cost sharing). However, the Plan must comply with certain other provisions of the PPACA (for example, eliminating lifetime limits on benefits).

If you have questions about what it means for a health plan to have grandfathered status and what might cause a plan to lose its grandfathered status, contact the U.S. Department of Labor’s Employee Benefits Security Administration (“EBSA”). You may reach the EBSA by phone at (866) 444-3272, or via the website at www.dol.gov/ebsa/healthreform, which includes a chart summarizing the protections that do and do not apply to grandfathered health plans. You may also contact the Fund Office with your questions.

Regional District Council Welfare Trust

c / o William C. Earhart Company, Inc. • PO Box 4148 • Portland, Oregon 97208
Toll Free (800) 846-0611 • Fax: (503) 284-9386

Registro Abierto – Cobertura Para Dependiente Elegible Noviembre 1, 2020 a Diciembre 1, 2020

Estimado participante:

La Junta de Síndicos de Distrito Regional del Consejo de Bienestar ("Fondo") se complace en anunciar que, la cobertura dental y de visión, médica, medicamentos recetados estará disponible para los hijos dependientes elegibles de todos los participantes a un costo de sólo \$ 80 por mes a partir de 1 de Enero 2021. La Junta de Síndicos continuara subvencionando una parte importante del costo de esta cobertura para garantizar la cobertura para hijo(s) este disponible a un precio asequible. Una cobertura similar a lo que ofrece el Fondo, pero obtenido en el mercado, puede costar más de \$ 200 por mes por cada hijo, dependiendo las circunstancias individuales. Cobertura para sus hijos del Fondo es de sólo \$ 80 por mes, no importa cuántos hijos dependientes se inscriba.

Los dependientes elegibles continuarán siendo cubiertos por el Plan, siempre y cuando usted hace oportuna \$ 80 por pagos mensuales. Una vez inscrito, si pierden la elegibilidad a usted ya sus hijos a su cargo será notificado de la opción de inscribirse en la cobertura de COBRA.

El Resumen de beneficios adjunto y Cobertura establece un breve resumen de los beneficios que están disponibles para los hijos a cargo de los participantes elegibles. Los hijos dependientes elegibles para inscribirse en esta cobertura son sus hijos biológicos, hijos adoptados (incluyendo niños colocados con usted para la adopción), hijastros o hijos de crianza elegibles que son menores de 26 años de edad. Hijos biológicos, hijos adoptados (incluyendo niños colocados con usted en adopción), hijastros o hijos de crianza elegibles que son más de 26 años de edad. Cónyuges dependientes no son elegibles para la cobertura de los dependientes en este momento². **La cobertura para sus hijos dependientes sólo está disponible durante los meses en que usted es elegible para la cobertura del Fondo.**

Si desea inscribir a su hijo(s), debe completar el formulario de inscripción y entregar lo junto con su \$ 80 de pago cobertura de dependientes inicial a la Oficina del Fondo al PO Box 4148, Portland, OR 97208, a más tardar el 1 de Diciembre 2020. Si su formulario de inscripción y el pago se reciben en la Oficina del Fondo el 1 de Diciembre 2020, entonces su hijo dependiente elegible (s) tendrá cobertura bajo el Fondo a partir del 1 de Enero 2021. Si no se reciben su formulario de inscripción y el pago en la Oficina del Fondo el 1 de Diciembre 2020, entonces su hijo dependiente (s) no se inscribió en la cobertura del Fondo y puede no ser elegible para inscribir se de nuevo hasta el próximo período de inscripción abierta, que será 1 de noviembre 2021 a 1 de diciembre 2021.

Primas mensuales futuros se pagarán por los 20^{del} mes anterior al mes de cobertura. A modo de ejemplo, para que su hijo(s) dependiente elegible para tener cobertura en Febrero de 2021, tendrá que enviar su pago de \$ 80 por el 20 de Enero de 2021. Su hijo(s) dependiente

elegible están obligados a mantener la cobertura continua, lo que significa que no pueden tener un hueco en su cobertura o su cobertura terminará y pueden volver ser elegibles para inscribirse hasta el próximo período de inscripción abierta (1 de noviembre a 1 de diciembre de cada año). Para asegurarse de que sus hijos dependientes elegibles no pierdan la cobertura, asegúrese de que sus pagos se hacen a tiempo cada mes.

Nos complace ofrecerle esta nueva cobertura de hijos y esperamos que esta mejora le ayuda a obtener el máximo provecho de sus beneficios. Si tiene preguntas específicas acerca de sus beneficios o necesita una copia de la SPD para el Consejo Regional Distrito Welfare Trust, póngase en contacto con la Oficina de Fondo al (800) 846-0611.

Atentamente,

Junta directiva

Este anuncio y la Ficha Técnica adjunta beneficios y cobertura, que sirven como un Resumen de modificaciones materiales, con tienen aspectos más de esta cadados de ciertas funciones del Consejo Regional Distrito Welfare Trust .Los detalles completó están contenidos en los documentos que establecen y controlan el Plan. Si hay una discrepancia entre el texto aquí y los documentos que establecen y controlan el Plan, los documentos que establecen y controlan el Plan gobernará. Los Fideicomisarios se reservan el derecho de enmendar, modificar terminar el Plan en cualquier momento

Declaración de la condición de derechos adquiridos

La Junta de Síndicos considera que este Plan es un "plan de salud exento" en virtud de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible ("PPACA"), que permite el Plan de preservar cierta cobertura de salud básica que ya está en vigor antes que se aprobara la ley. Al igual que con todos los planes de salud de derechos adquiridos, no se requiere el Plan para incluir ciertas protecciones al consumidor de la PPACA que se aplican otros planes sin derechos adquiridos (por ejemplo, proporcionando servicios de salud preventivos sin costos compartidos). Sin embargo, el Plan de be cumplir con ciertas otras disposiciones de la PPACA (por ejemplo, la eliminación de límites de porvida en los beneficios).

Si usted tiene pregunta acerca de lo que significa para un plan de salud para tener condición de derechos adquiridos y lo que podrí acá usar un plan para perder su condición de derechos adquiridos, en contacto con el Departamento de Trabajo de Estados Unidos Empleado de beneficios de la Administración de Seguridad ("EBSA"). Usted puede llegar a la EBSA por teléfono al (866) 444-3272, o a través de la página web en www.dol.gov/ebsa/healthreform, que incluye un gráfico que resume las protecciones que hacen y no se aplican a los planes de salud de derechos adquiridos. También puede comunicarse con la Oficina del Fondo con sus preguntas.

¹Dependientes de Capataces Generales seguirán recibiendo su cobertura sin costo adicional, siempre y cuando las contribuciones de dependientes mensuales se hacen en nombre del participante por su empleador.

²cónyuges del general Capataces todavía recibirán su cobertura sin costo adicional, siempre y cuando las contribuciones dependientes mensuales se hacen en nombre del participante por su empleador.

REGIONAL DISTRICT COUNCIL FRINGE BENEFITS FUNDS

PO BOX 4148, PORTLAND, OREGON 97208
PHONE 800-846-0611

New TR 80 FOR OFFICE USE ONLY

ET _____

EFF _____

PLEASE PRINT

EMPLOYEE NAME: _____
LAST NAME, FIRST NAME, MIDDLE INITIAL

SOCIAL SECURITY NUMBER: _____ M F BIRTHDATE: _____

MAILING ADDRESS: _____

CITY: _____ STATE: _____ ZIP CODE: _____

HOME PHONE

CELL PHONE

NUMBER: _____ COUNTY: _____

EMAIL ADDRESS: _____

EMPLOYER: _____ LOCAL NUMBER: _____

I AM SUBMITTING THIS:

TO UPDATE INFORMATION AS A NEW PARTICIPANT TO ADD FAMILY MEMBERS

TO DELETE FAMILY MEMBERS, IF DELETION IS DUE TO DIVORCE GIVE DATE DIVORCE (DECREE) FINAL

DATE OF DIVORCE (DECREE) _____

LIST FAMILY MEMBERS DELETED _____

ARE YOU MARRIED?

YES

NO

IF YES, PLEASE GIVE DATE OF MARRIAGE: _____

DO YOU OR ANY FAMILY MEMBERS HAVE ANY OTHER GROUP COVERAGE?

YES

NO

CARRIER OR PLAN NAME _____

LIST ALL ELIGIBLE CHILDREN

IMPORTANT: PLEASE ATTACH COPIES OF BIRTH CERTIFICATES FOR ALL DEPENDENTS.

1. NAME: _____ CHECK IF STEPCHILD:
LAST NAME, FIRST NAME, MIDDLE INITIAL

SOCIAL SECURITY NUMBER: _____ BIRTHDATE: _____ SEX: M F

2. NAME: _____ CHECK IF STEPCHILD:
LAST NAME, FIRST NAME, MIDDLE INITIAL

SOCIAL SECURITY NUMBER: _____ BIRTHDATE: _____ SEX: M F

3. NAME: _____ CHECK IF STEPCHILD:
LAST NAME, FIRST NAME, MIDDLE INITIAL

SOCIAL SECURITY NUMBER: _____ BIRTHDATE: _____ SEX: M F

4. NAME: _____ CHECK IF STEPCHILD:
LAST NAME, FIRST NAME, MIDDLE INITIAL

SOCIAL SECURITY NUMBER: _____ BIRTHDATE: _____ SEX: M F

5. NAME: _____ CHECK IF STEPCHILD:
LAST NAME, FIRST NAME, MIDDLE INITIAL

SOCIAL SECURITY NUMBER: _____ BIRTHDATE: _____ SEX: M F

BENEFICIARY FOR RETIREMENT & VACATION FUNDS

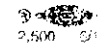
1. PRIMARY BENEFICIARY: _____

RELATIONSHIP TO MEMBER: _____

2. CONTINGENT BENEFICIARY: _____

RELATIONSHIP TO MEMBER: _____

I AGREE THAT, TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE AND BELIEF, ALL STATEMENTS AND ANSWERS TO THE QUESTIONS IN THIS ENROLLMENT/BENEFICIARY DESIGNATION FORM ARE COMPLETE AND TRUE AND AGREE THAT THEY WILL BE THE BASIS OF ANY BENEFIT COVERAGE.



SIGNATURE: _____ DATE: _____

REGIONAL DISTRICT COUNCIL FRINGE BENEFITS FUNDS

PO BOX 4148, PORTLAND, OREGON 97208
PHONE 800-846-0611

New TR 80 FOR OFFICE USE ONLY

ET _____

EFF _____

NOMBRE DEL EMPLEADO: _____
APELLIDO, NOMBRE, INICIAL

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: _____ **M** **F** **FECHA DE NACIMIENTO:** _____

DIRECCIÓN DE CORREO: _____

CIUDAD: _____ **ESTADO:** _____ **CÓDIGO postal:** _____

TELEFONO DE CASA
 CELULAR

NÚMERO: _____

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: _____

EMPLEADOR: _____ **LOCAL NUMBER:** _____

ME PRESENTO ESTA: PARA ACTUALIZAR LA INFORMACIÓN COMO NUEVO PARTICIPANTE
 PARA AGREGAR MIEMBROS DE LA FAMILIA
 PARA ELIMINAR LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA, SI SUPRESIÓN ES DEBIDO AL DIVORCIO DAR FECHA DE DIVORCIO (DECRETO) FINAL
FECHA DE DIVORCIO _____
MIEMBROS DE LA FAMILIA LISTA ELIMINADO _____

ESTÁS CASADO? SI NO **SI ES ASÍ, POR FAVOR DAR FECHA DE MATRIMONIO:** _____

USTED O ALGÚN FAMILIAR TIENE ALGUNA OTRA COBERTURA DE GRUPO? SI NO
COMPANIA O NOMBRE DEL PLAN _____

LISTA DE LOS NIÑOS TODO ELEGIBLES

IMPORTANTE: SÍRVASE FACILITAR COPIAS DE CERTIFICADOS DE NACIMIENTO PARA TODOS LOS DEPENDIENTES.

1. **NOMBRE:** _____ **MARCAR SI ES HIJASTRO:**
APELLIDO, NOMBRE, INICIAL

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____ **SEXO:** M F

2. **NOMBRE:** _____ **MARCAR SI ES HIJASTRO:**
APELLIDO, NOMBRE, INICIAL

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____ **SEXO:** M F

3. **NOMBRE:** _____ **MARCAR SI ES HIJASTRO:**
APELLIDO, NOMBRE, INICIAL

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____ **SEXO:** M F

4. **NOMBRE:** _____ **MARCAR SI ES HIJASTRO:**
APELLIDO, NOMBRE, INICIAL

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____ **SEXO:** M F

5. **NOMBRE:** _____ **MARCAR SI ES HIJASTRO:**
APELLIDO, NOMBRE, INICIAL

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____ **SEXO:** M F

BENEFICIARIOS PARA FONDOS DE RETIRO Y VACACIONES

1. **BENEFICIARIO PRIMARIO:** _____

RELACIÓN CON MIEMBROS: _____

2. **BENEFICIARIO CONTINGENTE:** _____

RELACIÓN CON MIEMBROS: _____

ESTOY DE ACUERDO QUE, EN EL MEJOR DE MI CONOCIMIENTO Y CREENCIA, TODAS LAS DECLARACIONES Y RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS EN ESTE FORMULARIO DESIGNACIÓN DE INSCRIPCIÓN / BENEFICIARIO SON COMPLETOS Y VERDADERO Y ESTOY DE ACUERDO QUE SERÁ LA BASE DE CUALQUIER COBERTURA DE BENEFICIOS.

© 2007 7
2,500 8/16

FIRMA DEL SOLICITANTE: _____ **FECHA:** _____