

SEIU Local 1 & Participating Employers *Health Trust*

Modelo de notificación de continuación de cobertura bajo COBRA en relación a los períodos de elección extendidos

(Para uso de planes de salud grupales para beneficiarios calificados actualmente inscritos en la continuación de cobertura bajo COBRA, debido a una reducción de horas o terminación involuntaria (personas elegibles para recibir asistencia), así como para aquellos que actualmente serían personas elegibles para recibir asistencia si hubieran elegido y/o mantenimiento la continuación de cobertura bajo COBRA)

INFORMACIÓN IMPORTANTE: Continuación de cobertura bajo COBRA, otras alternativas de cobertura de salud y períodos de elección extendidos según la Ley del Plan de Rescate Estadounidense de 2021 (ARP, por sus siglas en inglés)

[Escriba la fecha de la notificación]

Estimado: [Identifique al beneficiario(s) calificado(s), por nombre o estado]

Esta notificación contiene información importante sobre sus derechos relacionados con la cobertura de atención de salud continua en [Escriba el nombre del plan de salud grupal] (el Plan).

La Ley del Plan de Rescate Estadounidense de 2021 (ARP) proporciona asistencia de prima temporal para la continuación de cobertura bajo COBRA y, cuando el empleador elige ofrecer la opción, la oportunidad de cambiar a una opción de plan de salud diferente ofrecida por el empleador (véase abajo para más información). La asistencia con las primas está disponible para ciertas personas que son elegibles para la continuación de cobertura bajo COBRA debido a un evento calificativo que es una reducción de horas o una terminación involuntaria del empleo. Si califica para la asistencia con las primas, no es necesario que pague ninguna de las primas de COBRA que de otro modo se adeudarían al plan. Esta asistencia para la prima está disponible desde el 1 de abril de 2021 hasta el 30 de septiembre de 2021. Si continúa con su continuación de cobertura bajo COBRA más allá de esa fecha, tendrá que pagar el monto total adeudado. Sin embargo, cuando finalice su asistencia con las primas, es posible que califique para un período de inscripción especial para inscribirse en la cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos¹(consulte la sección sobre "Otras opciones de cobertura" a continuación).

Usted recibe esta notificación porque experimentó un evento calificativo que puede haber sido una reducción de horas o una terminación involuntaria del empleo y no ha alcanzado el período máximo para su continuación de cobertura bajo COBRA o no eligió la continuación de cobertura bajo COBRA cuando se le ofreció por primera vez.

Para ayudar a determinar si puede obtener la asistencia con las primas ARP, debe leer esta notificación y los documentos adjuntos con atención. En particular, revise el "Resumen de la asistencia con la prima de COBRA estipulaciones bajo la Ley del Plan de Rescate Estadounidense de 2021" con detalles sobre elegibilidad, restricciones y obligaciones y la "Solicitud de tratamiento como persona elegible para recibir asistencia".

¹ Mercado de Seguros Médicos® es una marca de servicio registrada del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EEUU.

Si cree que cumple con los criterios para la asistencia con las primas, complete la "Solicitud de tratamiento como persona elegible para recibir asistencia" (proporcionada en el "Resumen de la asistencia con la prima de COBRA estipulaciones bajo la Ley del Plan de Rescate Estadounidense de 2021" como un adjunto a esta notificación) y devuélvalo con su formulario de elección completo, o por separado, si actualmente está inscrito en la continuación de cobertura bajo COBRA.

Lea atentamente la información en esta notificación antes de tomar una decisión. Si ahora opta por elegir la continuación de cobertura bajo COBRA, debe usar el formulario de elección que se proporciona más adelante en esta notificación.

Si no tenía la continuación de cobertura bajo COBRA y ahora elijo la continuación de cobertura bajo COBRA, ¿cuándo comenzará mi cobertura y cuánto durará la cobertura?

Si resulta elegido, la continuación de cobertura bajo COBRA comenzará el [*escriba la fecha*] y puede durar hasta el [*escriba la fecha*].

[*Agregue, si corresponde: Puede elegir cualquiera de las siguientes opciones para la continuación de cobertura bajo COBRA: [enumere las opciones de cobertura disponibles].*]

[*Si el plan permite que las personas elegibles para recibir asistencia opten por inscribirse en una cobertura diferente a la cobertura en el que estaba inscrita la persona en el momento en que ocurrió el evento calificativo, inserte: "Además, según el ARP, es posible que tenga derecho a cambiar las opciones de cobertura adicionales en las que no estaba inscrito anteriormente. Para cambiar las opciones de cobertura para su continuación de cobertura bajo COBRA a algo diferente a lo que tenía el último día de empleo o antes de su reducción de horas, complete el "Formulario para cambio de opciones de beneficios de continuación de cobertura bajo COBRA" y devuélvanoslo. Las opciones de cobertura disponibles son: [escribir lista de opciones de cobertura disponibles]. La otra opción de cobertura debe costar lo mismo o menos que la cobertura que tenía en el momento del evento calificativo; ofrecerse a empleados activos en igual situación; y no puede limitarse solo a los beneficios exceptuados, un acuerdo de reembolso de salud de pequeño empleador calificado o un acuerdo de costos de salud flexible".]*

La continuación de cobertura bajo COBRA puede finalizar antes de la fecha indicada anteriormente en ciertas circunstancias, incluso por falta de pago de las primas, por fraude o si está cubierto por otro plan de salud grupal.

Tenga en cuenta que debido a la Emergencia Nacional COVID-19, el Departamento del Trabajo, el Departamento del Tesoro y el Servicio de Impuestos Internos emitieron una Notificación de Extensión de Ciertos Plazos para Planes de Beneficios para Empleados, Participantes y Beneficiarios Afectados por el brote de COVID-19 ("Notificación conjunta")². Esta notificación proporcionó alivio para ciertas acciones relacionadas con los planes de beneficios para empleados requeridos o permitidos bajo el Título I de ERISA y el Código, incluido el período de elección inicial de 60 días para la continuación de cobertura bajo COBRA. La Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento del Trabajo (EBSA, por sus siglas en inglés) proporcionó más orientación sobre este alivio en la Notificación de alivio de desastres de EBSA 2021-01³. Sin embargo, la exención de la fecha límite extendida provista en la Notificación Conjunta y la Notificación 2021-01 no se aplica al período de

² 85 FR 26351 (4 de mayo de 2020).

³ Disponible en <https://www.dol.gov/sites/dolgov/files/ebsa/employers-and-advisers/plan-administration-and-compliance/disaster-relief/ebsa-disaster-relief-notice-2021-01.pdf>.

elección de 60 días relacionado con la asistencia con las primas de COBRA según el ARP. Por lo tanto, las posibles personas elegibles para recibir asistencia deben elegir la continuación de cobertura bajo COBRA dentro de los 60 días posteriores a la recepción de la notificación correspondiente o perderán su derecho a elegir la continuación de cobertura bajo COBRA con asistencia con las primas.

Sin embargo, una posible Persona Elegible para Recibir Asistencia tiene la opción de elegir la continuación de cobertura bajo COBRA a partir del 1 de abril de 2021 o después (o comenzar prospectivamente a partir de la fecha de su evento calificativo si su evento calificativo es después del 1 de abril de 2021), o elegir la continuación de cobertura bajo COBRA a partir de un evento calificativo anterior si es elegible para hacer esa elección, incluso bajo los plazos extendidos proporcionados por la Notificación Conjunta. El período de elección para la continuación de cobertura bajo COBRA con asistencia con las primas no trunca el derecho preexistente de una persona a elegir la continuación de cobertura bajo COBRA, incluso bajo los plazos extendidos proporcionados por la Notificación conjunta y la Notificación de alivio de desastres de EBSA 2021-01.

¿Ahora puedo extender la duración de la continuación de cobertura bajo COBRA?

Si elige la continuación de cobertura bajo COBRA, es posible que pueda extender la duración de la continuación de cobertura bajo COBRA si un beneficiario calificado está incapacitado o si ocurre un segundo evento calificativo. Debe notificar a [*escriba el nombre de la parte responsable de la administración de COBRA*] sobre una incapacidad o un segundo evento calificativo dentro de un período de tiempo determinado para extender el período de continuación de cobertura bajo COBRA. Si no proporciona una notificación de una incapacidad o un segundo evento calificativo dentro del período de tiempo requerido, afectará su derecho a extender el período de continuación de cobertura bajo COBRA.

Para obtener más información sobre la extensión de la continuación de cobertura bajo COBRA, visite <https://www.dol.gov/sites/dolgov/files/EBSA/about-ebbsa/our-activities/resource-center/publications/an-employees-guide-to-health-benefits-under-cobra-spanish.pdf>.

¿Cuánto cuesta la continuación de cobertura bajo COBRA?

La continuación de cobertura bajo COBRA costará:

Plan 3 – Medical	\$ 651.63 per month
Medical and Dental	675.30 per month
<u>Disability Extension</u> – Medical	958.29 per month
Medical and Dental	993.09 per month

ARP reduce la prima de COBRA a cero para algunas personas. La asistencia con las primas está disponible para ciertas personas que son elegibles para la continuación de cobertura bajo COBRA debido a un evento calificativo que es una reducción de horas o una terminación involuntaria del empleo. Si reúne los requisitos para recibir asistencia con las primas, no es necesario que pague ninguna de las primas de COBRA que de otro modo se adeudarían al plan. Esta asistencia con las primas está disponible desde el 1 de abril de 2021 hasta el 30 de septiembre de 2021. Si elige continuar con su continuación de COBRA más allá de esa fecha, es posible que deba pagar el monto total adeudado. Consulte el “Resumen de la asistencia con la prima de COBRA estipulaciones bajo la Ley del Plan de Rescate Estadounidense de 2021” adjunto para obtener más detalles, restricciones y obligaciones, así como el formulario que debe completar para establecer la elegibilidad.

Si califica como “Persona elegible para Recibir Asistencia”, el costo de la prima mensual será cero desde el 1 de abril de 2021 hasta el 30 de septiembre de 2021 y no tiene que enviar ningún pago con el formulario de elección.

El Plan le enviará información de pago adicional después de recibir el formulario de elección.

¿Existen otras opciones de cobertura además de la continuación de cobertura bajo COBRA?

Sí. Puede haber otras opciones de cobertura para usted y su familia a través del Mercado de Seguros Médicos^{*}, Medicare u otras opciones de cobertura de planes de salud grupales (como el plan de un cónyuge) a través de un período de inscripción especial. Además, puede solicitar y, si es elegible, inscribirse en Medicaid en cualquier momento. Si no es elegible para recibir asistencia con las primas según el ARP, algunas de estas opciones pueden costar menos que la continuación de cobertura bajo COBRA. Si es elegible para otra cobertura de salud grupal, como a través del plan de un nuevo empleador o el plan de un cónyuge (sin incluir beneficios exceptuados, un arreglo de reembolso de salud de empleador pequeño calificado (QSEHRA, por sus siglas en inglés) o un acuerdo de costos flexibles de salud (FSA, por sus siglas en inglés), o si es elegible para Medicare, no es elegible para la asistencia con las primas de ARP. Sin embargo, si tiene una cobertura de salud individual, como un plan a través del Mercado, o si tiene Medicaid, puede ser elegible para la asistencia con las primas de ARP si elige la continuación de cobertura bajo COBRA. No será elegible para un crédito fiscal para la prima, o pagos por adelantado del crédito fiscal para la prima, para su cobertura del Mercado durante los meses que esté inscrito en la continuación de cobertura bajo COBRA y es posible que no sea elegible para los meses durante los cuales sigue siendo un empleado, pero es elegible para la continuación de cobertura bajo COBRA con asistencia con las primas debido a una reducción de horas. Si es elegible para Medicare, considere inscribirse durante su período de inscripción especial para evitar una brecha en la cobertura cuando finalice su cobertura de COBRA y una multa por inscripción tardía.

Debe comparar sus otras opciones de cobertura con la continuación de cobertura bajo COBRA y elegir la cobertura que sea mejor para usted. Por ejemplo, si se cambia a otra cobertura, es posible que pague más de su bolsillo de lo que pagaría bajo COBRA porque la nueva cobertura puede imponer un nuevo deducible. Además, tenga en cuenta que, si elige la continuación de cobertura bajo COBRA con asistencia con las primas, es posible que califique para un período de inscripción especial para inscribirse en la cobertura del Mercado cuando finalice la asistencia con las primas. Puede utilizar el período de inscripción especial para inscribirse en la cobertura del Mercado con un crédito fiscal si finaliza su continuación de cobertura bajo COBRA cuando finaliza la asistencia con las primas y, de lo contrario, es elegible.

Cuando pierde la cobertura de salud basado en el trabajo, es importante que elija cuidadosamente entre la continuación de cobertura bajo COBRA y otras opciones de cobertura, porque una vez que haya hecho su elección, puede ser difícil o imposible cambiar a otra opción de cobertura hasta el siguiente período de inscripción abierta disponible.

Para más información

Esta notificación no describe completamente la continuación de cobertura bajo COBRA u otros derechos bajo el Plan. Más información sobre la continuación de cobertura bajo COBRA y sus derechos bajo el Plan está disponible en el resumen de la descripción de su plan o en su Administrador del Plan.

Si tiene preguntas sobre la información en esta notificación o sus derechos a la cobertura, o si desea una copia del resumen de la descripción de su plan, comuníquese con [*escriba el nombre de la parte responsable de la administración de COBRA para el Plan, con número de teléfono y dirección*].

Para obtener más información sobre sus derechos en virtud de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA, por sus siglas en inglés), incluida COBRA, la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de la Salud a Bajo Precio y otras leyes que afectan a los planes de salud grupales, visite el sitio web de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (EBSA, por sus siglas en inglés) del Departamento del Trabajo de EE.UU. en <https://www.dol.gov/agencies/ebsa>, comuníquese con ellos electrónicamente en <https://www.dol.gov/agencies/ebsa/es/about-ebsa/ask-a-question/hace-una-pregunta>, o llame a su número gratuito al 1-866-444-3272. Para obtener más información sobre las opciones de cobertura de salud disponibles a través del Mercado de Seguros Médicos® y para encontrar un asistente en su área con quien pueda hablar sobre las diferentes opciones, visite www.CuidadoDeSalud.gov.

Mantenga su plan informado sobre los cambios de dirección

Para proteger sus derechos y los de su familia, mantenga informado al Administrador del Plan de cualquier cambio en su dirección y las direcciones de los miembros de la familia. También debe guardar una copia de cualquier notificación que envíe al Administrador del Plan.

Formulario de elección de continuación de cobertura bajo COBRA (para personas que todavía no están en COBRA)

Instrucciones: Para elegir la continuación de cobertura bajo COBRA, complete este formulario de elección y envíenoslo. Según la ley federal, tiene 60 días después de la fecha de esta notificación para decidir si desea elegir la continuación de cobertura bajo COBRA bajo el Plan, a menos que tenga derecho a tiempo adicional bajo una política o programa federal. Por ejemplo, puede tener derecho a más tiempo debido a una emergencia nacional. Sin embargo, si no elige la continuación de cobertura bajo COBRA y la asistencia con las primas dentro de los 60 días posteriores a la recepción de este formulario, es posible que no sea elegible para la asistencia con las primas según el ARP.

Envíe el formulario de elección completo a: *[Escriba el nombre y la dirección]*

Este formulario de elección debe completarse y enviarse por correo *[o describir otros medios de presentación y fecha de vencimiento]*. Si se envía por correo, debe tener matasellos a más tardar *[Escriba la fecha]*.

Si no envía un formulario de elección completo antes de la fecha de vencimiento que se muestra arriba, puede perder su derecho a elegir la continuación de cobertura bajo COBRA. Si rechaza la continuación de cobertura bajo COBRA antes de la fecha de vencimiento, puede cambiar de opinión siempre que envíe un formulario de elección completo antes de la fecha de vencimiento.

Lea la información importante sobre sus derechos incluida en las páginas posteriores al formulario de elección.

Yo (nosotros) elijo (elegimos) seguir con (el Plan) de la continuación de cobertura bajo COBRA en el *[Escriba el nombre del plan]* que se indica a continuación:

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el empleado	SSN (u otro identificador)
--------	---------------------	--------------------------	----------------------------

a. _____
[Añadir si aplica: Opción de cobertura elegida: _____]

b. _____
[Añadir si aplica: Opción de cobertura elegida: _____]

c. _____
[Añadir si aplica: Opción de cobertura elegida: _____]

Firma

Fecha

Nombre impreso

Relación con la(s) persona(s) enumeradas anteriormente

Dirección impresa

Número de teléfono

[Utilice este formulario modelo únicamente si el plan permite que las personas elegibles para recibir asistencia elijan inscribirse en una cobertura diferente a la cobertura en el que estaba inscrita la persona en el momento en que ocurrió el evento calificador.]

Formulario para cambiar las opciones de beneficios de la continuación de cobertura bajo COBRA

Instrucciones: Para cambiar las opciones de beneficios para su continuación de cobertura bajo COBRA a algo diferente de lo que usted o el empleado participante tenían el último día de cobertura, complete este formulario y devuélvanoslo. Según la ley federal, tiene 90 días después de la fecha de esta notificación para decidir si desea cambiar las opciones de beneficios.

Envíe el formulario completo a: *[Escriba nombre y dirección]*

Este formulario debe completarse y enviarse por correo *[o describir otros medios de presentación y fecha de vencimiento]*. Si se envía por correo, debe tener sello postal a más tardar *[escriba la fecha]*.

*** ESTE NO ES SU NOTIFICACIÓN DE ELECCIÓN***

DEBE COMPLETAR Y ENVIAR POR SEPARADO LA NOTIFICACIÓN DE ELECCIÓN PARA ASEGURAR SU CONTINUACIÓN DE COBERTURA BAJO COBRA.

Yo (nosotros) elijo (elegimos) seguir con (el Plan) de la continuación de cobertura bajo COBRA en el *[Escriba el nombre del plan]* que se indica a continuación:

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el empleado	SSN (u otro identificador)
--------	---------------------	--------------------------	----------------------------

- a. _____
Opción de cobertura anterior: _____
Nueva opción de cobertura: _____
- b. _____
Opción de cobertura anterior: _____
Nueva opción de cobertura: _____
- c. _____
Opción de cobertura anterior: _____
Nueva opción de cobertura: _____

_____ Firma	_____ Fecha
_____ Nombre impreso	_____ Relación con la(s) persona(s) enumeradas anteriormente
_____ Dirección impresa	_____ Número de teléfono

[Adjunte un Resumen de la asistencia con la prima de COBRA estipulaciones bajo la Ley del Plan de Rescate Estadounidense de 2021 para cumplir con los requisitos de ARP]