



## Resumen de la asistencia con la prima de COBRA estipulaciones bajo la Ley del Plan de Rescate Estadounidense de 2021

El presidente Biden firmó HR 1319, la Ley del Plan de Rescate Estadounidense de 2021 (ARP, por sus siglas en inglés), el 11 de marzo de 2021. Esta ley subsidia la prima completa de COBRA para "Personas elegibles para recibir asistencia" para períodos de cobertura desde el 1 de abril de 2021 hasta el 30 de septiembre de 2021. Para ser elegible para la asistencia con la prima, usted:

- **DEBE** tener un evento calificativo para COBRA ya sea una reducción de horas o una terminación involuntaria del empleo de un empleado cubierto;
- **DEBE** elegir la continuación de cobertura bajo COBRA;
- **NO DEBE** ser elegible para Medicare; y
- **NO DEBE** ser elegible para la cobertura bajo ningún otro plan de salud grupal, como un plan patrocinado por un nuevo empleador o el empleador de un cónyuge.<sup>1\*</sup>

### ◆ IMPORTANTE ◆

- ◇ Si no elige recibir la asistencia con la prima dentro de los 60 días posteriores a la recepción de este formulario, es posible que no sea elegible para la asistencia con la prima.
- ◇ Si elige la continuación de cobertura bajo COBRA con asistencia con la prima y luego se vuelve elegible para otra cobertura de plan de salud grupal (sin incluir la cobertura que es solo beneficios exceptuados (como cobertura dental o de la vista), un Acuerdo de reembolso de salud para pequeños empleadores calificativos o un plan de salud con acuerdo de costos flexible), o si es elegible para Medicare, DEBE notificar al plan por escrito. Si no proporciona esta notificación, puede estar sujeto a una multa de \$250 (o si la falla es fraudulenta, la cantidad mayor entre \$250 o 110% de la asistencia con la prima proporcionada después de la terminación de la elegibilidad). No estará sujeto a la multa si no notifica al plan debido a una causa razonable y no a negligencia intencional.
- ◇ Los empleadores que no cumplan con los requisitos de continuación de cobertura bajo COBRA pueden ser investigados por el Departamento del Trabajo y pueden estar sujetos a un impuesto especial según el Código de Impuestos Internos.
- ◇ Si elige la continuación de cobertura bajo COBRA y es elegible para la asistencia con la prima, no puede reclamar el Crédito Tributario por Seguro de Salud. No puede calificar también para un crédito fiscal con la prima para ayudar a pagar la cobertura a través de un Mercado de Seguros Médicos®, como en CuidadoDeSalud.gov, durante los meses en los que esté inscrito en la continuación de cobertura bajo COBRA con o sin la asistencia con la prima.

Para obtener información general sobre la continuación de cobertura bajo COBRA 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 información específica sobre la administración de la asistencia con la prima ARP de su plan o para notificar al plan de su inelegibilidad para recibir asistencia con la prima, comuníquese con [escriba el nombre de la parte responsable de la administración de la Asistencia con la prima ARP para el Plan, con número de teléfono y dirección].

Para obtener más información sobre la asistencia con las primas de ARP y las preguntas de elegibilidad, visite: <https://www.dol.gov/cobra-subsidy> o comuníquese con el Departamento del Trabajo en <https://www.dol.gov/agencies/ebsa/es/about-ebsa/ask-a-question/hace-una-pregunta> o 1-866-444-EBSA (3272)

\* Esta restricción no incluye la cobertura bajo un plan que proporciona solo beneficios exceptuados, un arreglo de reembolso de salud de pequeño empleador calificativo o cobertura bajo un acuerdo de costos de salud flexible.

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

Formatted: Font: (Default) Arial, 14 pt

Formatted: Space Before: 0 pt

Formatted: Right: 0.31"

Formatted: Font: (Default) Arial, 14 pt

Formatted: Space After: 0 pt

Formatted: Font: (Default) Arial, 14 pt

Formatted: Font: (Default) Arial, 14 pt

Formatted: Font: Amerigo BT

Formatted: Right: 0.19", Space After: 0 pt

Formatted: Font: Amerigo BT

Formatted: Right: 0.19", Space After: 0 pt, Tab stops: Not at 0.58"

Formatted: Font: Amerigo BT

Formatted: Font: Amerigo BT

Formatted: Font: Amerigo BT

Formatted: Font: Amerigo BT

Formatted: Right: 0.19", Space After: 0 pt

Formatted: Font: (Default) Arial

Formatted: Font: Amerigo BT

Formatted: English (United States)

Formatted: Font: Amerigo BT

Formatted: Right: 0.19", Space After: 0 pt

Formatted: Font: Amerigo BT

Formatted: Right: 0.19", Space After: 0 pt

Formatted: Font: Amerigo BT

Formatted: Right: 0.19", Space After: 0 pt

Formatted: Font: Amerigo BT

Formatted: Right: 0.06", Space After: 0 pt

Formatted: Font: Amerigo BT

Formatted: Right: 0.06", Space After: 0 pt, Tab stops: 6.69", Left

Formatted: Font: Amerigo BT

Formatted: Font: Amerigo BT

Formatted: Font: Amerigo BT

Para solicitar la asistencia con la prima ARP, complete este formulario y devuélvalo a su plan o empleador. Si aún no ha elegido la continuación de cobertura bajo COBRA, puede enviar este formulario junto con su Formulario de Elección. Si no completa este formulario y lo devuelve dentro de los 60 días posteriores a su recepción, es posible que no pueda recibir la asistencia con la prima.

Si ya está inscrito en COBRA, puede enviar este formulario por separado. Si decide hacerlo, envíe la "Solicitud de tratamiento como una persona elegible para recibir asistencia" completa a: [Escriba el nombre y la dirección]

Es posible que también desee leer la información importante sobre las reglas para la asistencia con las primas incluidas en el "Resumen de las estipulaciones de asistencia para las primas de COBRA en virtud de la Ley del Plan de Rescate Estadounidense de 2021".

Formatted: Right: 0.19", Border: Bottom: (Single solid line, Auto, 0.5 pt Line width, From text: 14 pt Border spacing: )

Formatted: Font: Amerigo BT

SEIU Local 1 & Participating  
Employers Health Trust

**SOLICITUD DE TRATAMIENTO COMO PERSONA  
ELEGIBLE PARA RECIBIR ASISTENCIA**

111 E. Wacker Dr  
Suite 1700  
Chicago, IL 60601

**INFORMACION PERSONAL**

Nombre y dirección postal del empleado (indique los dependientes al  
dorso de este formulario)

Número de teléfono

Dirección de correo electrónico (opcional)

Para calificar, debe poder marcar "Sí" en todas las declaraciones.

1. El evento calificativo fue una pérdida de empleo involuntaria o una reducción de horas.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. Elegí (o estoy eligiendo) la continuación de cobertura bajo COBRA.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. NO soy elegible para otra cobertura de plan de salud grupal (o no fui elegible para otra cobertura de plan de salud grupal durante el período por el cual estoy reclamando asistencia con la prima).	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. NO soy elegible para Medicare (o no fui elegible para Medicare durante el período por el cual estoy reclamando asistencia con la prima).	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Hago la elección de ejercer mi derecho a la asistencia con la prima de ARP y atestiguo que cumplo con los requisitos para el tratamiento como una persona elegible para recibir asistencia. A mi leal saber y entender, todas las respuestas que he proporcionado en este formulario son verdaderas y correctas.

Firma → \_\_\_\_\_ Fecha → \_\_\_\_\_

Nombre escrito o impreso → \_\_\_\_\_ Relación con el empleado → \_\_\_\_\_

**PARA USO EXCLUSIVO DEL EMPLEADOR O DEL PLAN**

Esta solicitud está:  Aprobada  Denegada Especifique el motivo en el #3 a continuación y devuelva una copia de este formulario al solicitante.

**MOTIVO DE LA DENEGACIÓN DEL TRATAMIENTO COMO PERSONA ELEGIBLE PARA RECIBIR ASISTENCIA**

1. La pérdida del empleo fue voluntaria.	<input type="checkbox"/>
2. El individuo no sufrió reducción de horas.	<input type="checkbox"/>
3. La persona no eligió la cobertura de COBRA.	<input type="checkbox"/>
4. Otro (explique)	<input type="checkbox"/>

Firma del empleador, administrador del plan u otra parte responsable de la administración de COBRA para el Plan

→ \_\_\_\_\_ Fecha → \_\_\_\_\_

Nombre escrito o impreso → \_\_\_\_\_

Número de teléfono → \_\_\_\_\_ Correo electrónico → \_\_\_\_\_

Para obtener más ayuda, puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento del Trabajo al 1-866-444-3272, o en línea en <https://www.dol.gov/agencies/ebsa/es/about-ebsa/ask-a-question/hace-una-pregunta>.

**INFORMACIÓN DEL DEPENDIENTE** (Un padre o tutor debe firmar en nombre de los niños menores.)

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

a. \_\_\_\_\_

1. Elegí (o estoy eligiendo) la continuación de cobertura bajo COBRA.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. NO soy elegible para otra cobertura de plan de salud grupal.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. NO soy elegible para Medicare.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. El evento calificativo fue un despido involuntario o una reducción de horas.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Hago una elección para ejercer mi derecho a la asistencia con las primas de ARP. A mi leal saber y entender, todas las respuestas que he proporcionado en este formulario son verdaderas y correctas.

Firma → \_\_\_\_\_ Fecha → \_\_\_\_\_

Nombre escrito o impreso → \_\_\_\_\_ Relación con el empleado → \_\_\_\_\_

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

b. \_\_\_\_\_

1. Elegí (o estoy eligiendo) la continuación de cobertura bajo COBRA.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. NO soy elegible para otra cobertura de plan de salud grupal.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. NO soy elegible para Medicare.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. El evento calificativo fue un despido involuntario o una reducción de horas.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Hago una elección para ejercer mi derecho a la asistencia con las primas de ARP. A mi leal saber y entender, todas las respuestas que he proporcionado en este formulario son verdaderas y correctas.

Firma → \_\_\_\_\_ Fecha → \_\_\_\_\_

Nombre escrito o impreso → \_\_\_\_\_ Relación con el empleado → \_\_\_\_\_

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

c. \_\_\_\_\_

1. Elegí (o estoy eligiendo) la continuación de cobertura bajo COBRA.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. NO soy elegible para otra cobertura de plan de salud grupal.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. NO soy elegible para Medicare.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. El evento calificativo fue un despido involuntario o una reducción de horas.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Hago una elección para ejercer mi derecho a la asistencia con las primas de ARP. A mi leal saber y entender, todas las respuestas que he proporcionado en este formulario son verdaderas y correctas.

Firma → \_\_\_\_\_ Fecha → \_\_\_\_\_

Nombre escrito o impreso → \_\_\_\_\_ Relación con el empleado → \_\_\_\_\_

Formatted Table

Este formulario está diseñado para que los planes lo distribuyan a los beneficiarios calificados por COBRA que no están pagando las primas de conformidad con ARP para que puedan notificar al plan si son elegibles para otra cobertura de plan de salud grupal o Medicare.

**Utilice este formulario para notificar a su plan que es elegible para otra cobertura de plan de salud grupal o Medicare y, por lo tanto, no es elegible para asistencia con las primas según el ARP.**

Nombre del Plan

**Notificación del Participante**

Dirección postal del plan

**INFORMACION PERSONAL**

Nombre y dirección postal

Número de teléfono

Dirección de correo electrónico (opcional)

**INFORMACIÓN DE INELEGIBILIDAD PARA ASISTENCIA CON LAS PRIMAS - Marque una**

Soy elegible para la cobertura de otro plan de salud grupal.

Si algún dependiente también es elegible, incluya sus nombres a continuación.

Escriba la fecha en que se volvió elegible \_\_\_\_\_

Soy elegible para Medicare.

Escriba la fecha en que se volvió elegible \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE**

Si no notifica a su plan cuando se vuelve elegible para otra cobertura de plan de salud grupal o Medicare Y continúa recibiendo asistencia con las primas de COBRA, puede estar sujeto a una multa de \$250 dólares (o si la falla es fraudulenta, la mayor de \$250 o 110% del monto de la asistencia con las primas proporcionada después de la terminación de la elegibilidad). No estará sujeto a la multa si no notifica al plan debido a una causa razonable y no a negligencia intencional.

La elegibilidad para otra cobertura se determina independientemente de si acepta o rechaza la otra cobertura.

Sin embargo, la elegibilidad para el seguro no incluye el tiempo pasado en un período de espera.

A mi leal saber y entender, todas las respuestas que he proporcionado en este formulario son verdaderas y correctas.

Firma → \_\_\_\_\_ Fecha → \_\_\_\_\_

Nombre escrito o impreso → \_\_\_\_\_

Si es elegible para la cobertura de otro plan de salud grupal y ese plan cubre a los dependientes, también debe incluir sus nombres aquí:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_