

¡CUIDADO MEDICO GRATIS! ¡TOME ACCIÓN AHORA!

¿Ya se inscribió en la cobertura COBRA del Fondo por \$50 o \$100?

1. Complete el Formulario Azul
2. Reciba un reembolso
3. Su cobertura COBRA gratuita continuará de junio a septiembre si califica.

Cómo completar el Formulario Azul:

1. Busque el formulario azul en este paquete.
2. Calificará para COBRA gratis solo si puede responder "Sí" a las 4 preguntas del Formulario Azul.
3. Todos sus dependientes que necesiten cobertura deben firmar (o hacer que un adulto firme por ellos).
4. Envíe el Formulario Azul por correo, correo electrónico, o en persona a:

Santa Monica UNITE HERE Health Benefit Trust Fund
c/o Benefit Programs Administration
1200 Wilshire Blvd., Fifth Floor
Los Angeles, CA 90017-1906
santamonicaunitehere@bpabenefits.com



5. ¿Será usted (o sus dependientes) elegible para Medicare o seguro a través de otro trabajo antes de octubre? Debe completar el Formulario Amarillo o podría recibir una multa en los impuestos. Llame al Fondo al 866-345-5189 o al 213-456-2012 para obtener ayuda para completar el Formulario Amarillo.
6. Este folleto es solo un resumen. Debe leer la información importante incluida en este paquete.

SANTA MONICA
UNITE HERE!
HEALTH BENEFIT FUND

¿Necesita ayuda para completar el formulario?
Llame al **213-456-2012** para programar una cita
para recibir ayuda personal

¿Tiene preguntas? Llame al **866-345-5189**
para obtener ayuda por teléfono



Resumen de la Asistencia con la Prima de COBRA

Disposiciones conforme a la Ley del Plan de Rescate Estadounidense de 2021

El presidente Biden firmó 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 correspondiente a las “personas elegibles para recibir asistencia” por períodos de cobertura desde el 1 de abril de 2021 hasta el 30 de septiembre de 2021.

Para calificar para la asistencia con la prima, usted:

- **DEBE** tener un evento que califique para COBRA que sea una reducción de horas o la desvinculación involuntaria del empleo de un empleado cubierto;
- **DEBE** elegir la continuación de la cobertura de COBRA [esto significa que debe completar el “Formulario de elección COBRA”, si aún no lo ha hecho];
- **NO DEBE** ser elegible para Medicare; Y
- **NO DEBE** ser elegible para la cobertura de ningún otro plan de salud grupal, como un plan patrocinado por un nuevo empleador o el empleador de un cónyuge. *

◆ 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.
- ◇ Cada miembro de la familia que solicita asistencia con la prima del ARP debe firmar el “Formulario azul”: Solicitud de Tratamiento como Individuo Elegible para recibir Asistencia (ya sea como Empleado o Dependiente). Un padre o tutor debe firmar el formulario para el hijo menor. *Las parejas de hecho no son elegibles para asistencia con las primas.*
- ◇ Si elige la cobertura de COBRA con asistencia con la prima y luego se vuelve elegible para Medicare u otra cobertura de plan de salud grupal (sin incluir la cobertura que solo son beneficios exceptuados, como la cobertura dental o de la vista, un Acuerdo de Reembolso de Salud para Pequeños Empleadores Calificados o un acuerdo de gastos de salud flexible), DEBE notificar al Fondo por escrito utilizando el “Formulario Amarillo”. Si no proporciona este aviso, puede estar sujeto a una multa de \$250 (o si la falta de notificación es fraudulenta, el monto mayor entre \$250 o el 110% de la asistencia con la prima proporcionada después de la terminación de la elegibilidad). No estará sujeto a la multa si la falta de notificación al Fondo se debe a una causa razonable y no a una negligencia intencional.
- ◇ Los empleadores que no cumplan los requisitos de cobertura de COBRA pueden ser investigados por el Departamento de Trabajo y pueden estar sujetos a un impuesto especial según el Código de Rentas Internas.
- ◇ Si elige la cobertura de COBRA y es elegible para la asistencia con la prima, no puede reclamar el Crédito Tributario por Cobertura de Salud. Tampoco puede calificar para un crédito fiscal con la prima a fin de ayudar a pagar la cobertura a través de Health Insurance Marketplace^{®1}, como en HealthCare.gov, durante los meses en los que esté inscrito en la cobertura de COBRA con o sin la asistencia con la prima.

Para obtener información general sobre la cobertura de COBRA del Fondo, información específica sobre la asistencia con la prima del ARP o para notificar al Fondo su falta de elegibilidad para recibir asistencia con la prima, puede comunicarse con la Oficina Administrativa del Fondo: **Fondo Fiduciario ÚNASE AQUÍ de Beneficios de Salud de Santa Mónica, Atn.: Administración de Programas de Beneficios, 1200 Wilshire Blvd., Fifth Floor, Los Angeles, CA 90017-1906, (866) 345-5189. Para recibir asistencia personalizada, llame al equipo de COBRA al (213) 456-2012.**

Para obtener más información sobre la asistencia con las primas del ARP y las preguntas sobre elegibilidad, visite <https://www.dol.gov/cobra-subsidy> o comuníquese con el Departamento de Trabajo en askebsa.dol.gov o al 1-866-444-EBSA (3272).

* Esta restricción no incluye la cobertura de un plan que proporciona solo beneficios exceptuados, un acuerdo de reembolso de salud de empleador pequeño calificado o la cobertura en virtud de un acuerdo de gastos de salud flexible.

¹ Health Insurance Marketplace[®] es una marca de servicio registrada del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EE. UU.

Para solicitar la asistencia con la prima del ARP, complete este formulario y devuélvalo a la Oficina Administrativa. Si no devuelve el formulario completo dentro de los 60 días posteriores a su recepción, es posible que no pueda recibir la asistencia con la prima.

Fondo Fiduciario ÚNASE
AQUÍ
de Beneficios de Salud de
Santa Mónica
Atn.: Administración de
Programas de Beneficios

**SOLICITUD DE TRATAMIENTO COMO INDIVIDUO
ELEGIBLE PARA ASISTENCIA
(Complete este "FORMULARIO AZUL"
para obtener COBRA gratis)**

1200 Wilshire Blvd.,
Fifth Floor
Los Angeles, CA 91746
(866) 345-5189

INFORMACIÓN PERSONAL (Indique los dependientes al dorso de este formulario)

Nombre: _____	Número de teléfono: (____) _____ - _____
Dirección postal: _____	Fecha de nacimiento: ____/____/____
Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____	N.º de Seg. Soc.: _____

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

1. El evento que califica fue la desvinculación laboral involuntaria o una reducción de horas.	☐ Sí ☐ No
2. Elegí (o estoy eligiendo) la cobertura de COBRA. (Si aún no está inscrito en COBRA, debe completar la "Formulario de elección de COBRA".)	☐ Sí ☐ 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).	☐ Sí ☐ 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).	☐ Sí ☐ No

Elijo ejercer mi derecho a la asistencia con la prima del ARP y confirmo que cumplo los requisitos para el tratamiento como individuo elegible para la asistencia. A mi entender, todas las respuestas que he proporcionado en este formulario son verdaderas y correctas.

Firma _____ → Fecha _____ →

Escriba el nombre en letra de imprenta _____ Relación con el empleado _____

EXCLUSIVO PARA USO DEL FONDO

Esta solicitud está: ☐ Aprobada ☐ Denegada Especifique el motivo en el n.º 4 a continuación y devuelva una copia de este formulario al solicitante.

MOTIVO DE LA DENEGACIÓN DEL TRATAMIENTO COMO INDIVIDUO ELEGIBLE PARA ASISTENCIA

1. La desvinculación laboral fue voluntaria.	☐
2. El individuo no experimentó una reducción de horas.	☐
3. El individuo no eligió la cobertura de COBRA.	☐
4. Otro (explique)	☐

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

→ _____ Fecha → _____

Escriba el nombre en letra de imprenta _____ → Número de teléfono: (866) 345-5189

¿Necesita ayuda personalizada para completar este formulario? Llame al equipo de COBRA al (213) 456-2012 para programar una cita. ¿Tiene preguntas generales sobre COBRA? Llame al Fondo al (866) 345-5189.

Para obtener más ayuda, también puede comunicarse con la Administración de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-3272, o en línea en <https://www.askebsa.dol.gov/WebIntake>.

INFORMACIÓN DEL DEPENDIENTE (Debe completarla para cada dependiente cubierto que solicite COBRA gratis. Los padres o tutores deben firmar en nombre de los hijos menores). Las parejas domésticas no son elegibles para la asistencia con la prima ARP).

1.

Nombre: _____ Apellido: _____

N.º de Seg. Soc.: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

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

1. Elegí (o estoy eligiendo) la continuación de la cobertura de COBRA.	☐ Sí ☐ No
2. NO soy elegible para otra cobertura de plan de salud grupal.	☐ Sí ☐ No
3. NO soy elegible para Medicare.	☐ Sí ☐ No
4. El evento que califica fue una reducción de horas o la desvinculación laboral involuntaria.	☐ Sí ☐ No

Elijo ejercer mi derecho a la asistencia con la prima del ARP. A mi entender, todas las respuestas que he proporcionado en este formulario son verdaderas y correctas.

Firma _____ → Fecha _____ → / /

Escriba el nombre en letra de imprenta _____ Relación con el empleado _____ →

2.

Nombre: _____ Apellido: _____

N.º de Seg. Soc.: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

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

1. Elegí (o estoy eligiendo) la continuación de la cobertura de COBRA.	☐ Sí ☐ No
2. NO soy elegible para otra cobertura de plan de salud grupal.	☐ Sí ☐ No
3. NO soy elegible para Medicare.	☐ Sí ☐ No
4. El evento que califica fue una reducción de horas o la desvinculación laboral involuntaria.	☐ Sí ☐ No

Elijo ejercer mi derecho a la asistencia con la prima del ARP. A mi entender, todas las respuestas que he proporcionado en este formulario son verdaderas y correctas.

Firma _____ → Fecha _____ → / /

Escriba el nombre en letra de imprenta _____ Relación con el empleado _____ →

3.

Nombre: _____ Apellido: _____

N.º de Seg. Soc.: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

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

1. Elegí (o estoy eligiendo) la continuación de la cobertura de COBRA.	☐ Sí ☐ No
2. NO soy elegible para otra cobertura de plan de salud grupal.	☐ Sí ☐ No
3. NO soy elegible para Medicare.	☐ Sí ☐ No
4. El evento que califica fue una reducción de horas o la desvinculación laboral involuntaria.	☐ Sí ☐ No

Elijo ejercer mi derecho a la asistencia con la prima del ARP. A mi entender, todas las respuestas que he proporcionado en este formulario son verdaderas y correctas.

Firma _____ → Fecha _____ → / /

Escriba el nombre en letra de imprenta _____ Relación con el empleado _____ →

INFORMACIÓN DEL DEPENDIENTE (Debe completarla para cada dependiente cubierto. Los padres o tutores deben firmar en nombre de los hijos menores). Las parejas domésticas no son elegibles para la asistencia con la prima ARP).

4.

Nombre: _____ Apellido: _____

N.º de Seg. Soc.: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

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

1. Elegí (o estoy eligiendo) la continuación de la cobertura de COBRA.	☐ Sí ☐ No
2. NO soy elegible para otra cobertura de plan de salud grupal.	☐ Sí ☐ No
3. NO soy elegible para Medicare.	☐ Sí ☐ No
4. El evento que califica fue una reducción de horas o la desvinculación laboral involuntaria.	☐ Sí ☐ No

Elijo ejercer mi derecho a la asistencia con la prima del ARP. A mi entender, todas las respuestas que he proporcionado en este formulario son verdaderas y correctas.

Firma _____ → Fecha ____/____/____

Escriba el nombre en letra de imprenta _____ Relación con el empleado _____ →

5.

Nombre: _____ Apellido: _____

N.º de Seg. Soc.: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

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

1. Elegí (o estoy eligiendo) la continuación de la cobertura de COBRA.	☐ Sí ☐ No
2. NO soy elegible para otra cobertura de plan de salud grupal.	☐ Sí ☐ No
3. NO soy elegible para Medicare.	☐ Sí ☐ No
4. El evento que califica fue una reducción de horas o la desvinculación laboral involuntaria.	☐ Sí ☐ No

Elijo ejercer mi derecho a la asistencia con la prima del ARP. A mi entender, todas las respuestas que he proporcionado en este formulario son verdaderas y correctas.

Firma _____ → Fecha ____/____/____

Escriba el nombre en letra de imprenta _____ Relación con el empleado _____ →

6.

Nombre: _____ Apellido: _____

N.º de Seg. Soc.: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

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

1. Elegí (o estoy eligiendo) la continuación de la cobertura de COBRA.	☐ Sí ☐ No
2. NO soy elegible para otra cobertura de plan de salud grupal.	☐ Sí ☐ No
3. NO soy elegible para Medicare.	☐ Sí ☐ No
4. El evento que califica fue una reducción de horas o la desvinculación laboral involuntaria.	☐ Sí ☐ No

Elijo ejercer mi derecho a la asistencia con la prima del ARP. A mi entender, todas las respuestas que he proporcionado en este formulario son verdaderas y correctas.

Firma _____ → Fecha ____/____/____

Escriba el nombre en letra de imprenta _____ Relación con el empleado _____ →

INFORMACIÓN DEL DEPENDIENTE (Debe completarla para cada dependiente cubierto. Los padres o tutores deben firmar en nombre de los hijos menores). Las parejas domésticas no son elegibles para la asistencia con la prima ARP).

7.

Nombre: _____ Apellido: _____

N.º de Seg. Soc.: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

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

1. Elegí (o estoy eligiendo) la continuación de la cobertura de COBRA.	☐ Sí ☐ No
2. NO soy elegible para otra cobertura de plan de salud grupal.	☐ Sí ☐ No
3. NO soy elegible para Medicare.	☐ Sí ☐ No
4. El evento que califica fue una reducción de horas o la desvinculación laboral involuntaria.	☐ Sí ☐ No

Elijo ejercer mi derecho a la asistencia con la prima del ARP. A mi entender, todas las respuestas que he proporcionado en este formulario son verdaderas y correctas.

Firma _____ Fecha _____

Escriba el nombre en letra de imprenta _____ Relación con el empleado _____

8.

Nombre: _____ Apellido: _____

N.º de Seg. Soc.: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

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

1. Elegí (o estoy eligiendo) la continuación de la cobertura de COBRA.	☐ Sí ☐ No
2. NO soy elegible para otra cobertura de plan de salud grupal.	☐ Sí ☐ No
3. NO soy elegible para Medicare.	☐ Sí ☐ No
4. El evento que califica fue una reducción de horas o la desvinculación laboral involuntaria.	☐ Sí ☐ No

Elijo ejercer mi derecho a la asistencia con la prima del ARP. A mi entender, todas las respuestas que he proporcionado en este formulario son verdaderas y correctas.

Firma _____ Fecha _____

Escriba el nombre en letra de imprenta _____ Relación con el empleado _____

9.

Nombre: _____ Apellido: _____

N.º de Seg. Soc.: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

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

1. Elegí (o estoy eligiendo) la continuación de la cobertura de COBRA.	☐ Sí ☐ No
2. NO soy elegible para otra cobertura de plan de salud grupal.	☐ Sí ☐ No
3. NO soy elegible para Medicare.	☐ Sí ☐ No
4. El evento que califica fue una reducción de horas o la desvinculación laboral involuntaria.	☐ Sí ☐ No

Elijo ejercer mi derecho a la asistencia con la prima del ARP. A mi entender, todas las respuestas que he proporcionado en este formulario son verdaderas y correctas.

Firma _____ Fecha _____

Escriba el nombre en letra de imprenta _____ Relación con el empleado _____

Utilice este "Formulario amarillo" para notificar al Fondo que es elegible para otra cobertura de plan de salud grupal o Medicare y, por lo tanto, NO ES ELEGIBLE para la asistencia con la prima (COBRA gratis) en virtud del ARP.

NO COMPLETE ESTE FORMULARIO, A MENOS QUE LLAME AL FONDO PRIMERO: (866) 345-5189

Fondo Fiduciario ÚNASE AQUÍ
Health Benefit Trust Fund
c/o Benefit Programs
Administration

**Notificación del participante de inelegibilidad para
Asistencia con la prima ARP**

**(Si necesita ayuda para completar este formulario,
llame al equipo de COBRA al: 213-456-2012).**

1200 Wilshire Blvd.,
Fifth Floor
Los Angeles, CA 91746
(866) 345-5189

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre: _____

Número de teléfono: (____) _____

Dirección de envío: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

N.º de Seg. Soc.: _____

INFORMACIÓN DE FALTA DE ELEGIBILIDAD PARA LA ASISTENCIA CON LA PRIMA

I. ELEGIBILIDAD PARA OTRA COBERTURA DE PLAN DE SALUD GRUPAL. Complete esta sección solo si se aplica a usted o a un Dependiente.

1. Soy elegible para la cobertura de otro plan de salud grupal ("GHP", por sus siglas en inglés): ☐ Sí ☐ No
2. Escriba la fecha en que se volvió (o será) elegible para la cobertura en virtud del otro GHP: ____/____/____
****La elegibilidad para la cobertura no incluye el tiempo del período de espera. Por lo tanto, es elegible para otra cobertura del GHP en la primera fecha en que podría comenzar su otra cobertura, aun cuando rechace la otra cobertura.**
3. Si sus Dependientes también son elegibles para otra cobertura del GHP, debe incluir sus nombres aquí:

Nombres de los Dependientes elegibles para la cobertura del GHP	Fecha de elegibilidad para la cobertura del GHP	Nombres de los Dependientes elegibles para la cobertura del GHP	Fecha de elegibilidad para la cobertura del GHP
1.	/ /	6.	/ /
2.	/ /	7.	/ /
3.	/ /	8.	/ /
4.	/ /	9.	/ /
5.	/ /	10.	/ /

II. ELEGIBILIDAD PARA MEDICARE. Complete esta sección solo si se aplica a usted o a un Dependiente.

1. Soy (o seré) elegible para Medicare: ☐ Sí ☐ No
2. Escriba la fecha en la que comenzó o comenzará a ser elegible para Medicare: ____/____/____
3. Si algún Dependiente es (o será) elegible para Medicare, debe incluir sus nombres aquí:

Nombres de los Dependientes elegibles para Medicare	Fecha de elegibilidad para Medicare
1.	/ /
2.	/ /

El formulario continúa al dorso.

CONTINUACIÓN DE COBRA DESPUÉS DE QUE TERMINE LA ASISTENCIA CON LA PRIMA DEL ARP (COBRA GRATIS)

Este formulario notifica al Fondo que usted o sus Dependientes ya no son elegibles para la asistencia con la prima del ARP (COBRA gratis). Sin embargo, si no se inscribe en la otra cobertura del GHP o en Medicare y aún se encuentra dentro del período máximo de cobertura de COBRA, es posible que pueda continuar con su cobertura de COBRA efectuando los pagos mensuales completos de COBRA (que aparecen en la Hoja de Tarifas de COBRA del Fondo). Si elige continuar con COBRA para usted y/o cualquier miembro de su familia, y no le paga puntualmente las primas de COBRA al Fondo, la cobertura de COBRA finalizará antes de tiempo.

Marque la casilla que corresponda (marque solo una casilla):

- ☐ Me gustaría cancelar la cobertura de COBRA para mí y para todos mis Dependientes cuando finalice nuestra asistencia con la prima del ARP (COBRA gratis).
- ☐ Me gustaría cancelar la cobertura de COBRA para todos los miembros de mi familia (incluyéndome a mí), **excepto los miembros de la familia enumerados en el cuadro a continuación, que continuarán con su cobertura de COBRA** (nota: para continuar con la cobertura de COBRA para usted, su nombre debe aparecer en el cuadro de abajo). Los miembros de la familia que continúan con la cobertura de COBRA (y se enumeran en el cuadro a continuación) no se inscribieron (o no se inscribirán) en la otra cobertura del GHP ni en Medicare y entienden que nosotros/ellos tendremos que pagar el costo total de COBRA después de que termine la asistencia con la prima del ARP.

Continuar la cobertura de COBRA después de que finalice la asistencia con la prima del ARP para las personas incluidas en la lista	Fecha de nacimiento	Continuar la cobertura de COBRA después de que finalice la asistencia con la prima del ARP para las personas incluidas en la lista	Fecha de nacimiento
1.	/ /	5.	/ /
2.	/ /	6.	/ /
3.	/ /	7.	/ /
4.	/ /	8.	/ /

IMPORTANTE:

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

La elegibilidad para otra cobertura se determina independientemente de si acepta o rechaza la otra cobertura. Esto significa que se le considera elegible para otra cobertura, aun cuando rechace la otra cobertura.

Sin embargo, la elegibilidad para la cobertura no incluye el tiempo del período de espera [es decir, su asistencia con la prima del ARP (COBRA gratis) finalizará en la primera fecha en la que podría comenzar su otra cobertura, aun cuando rechace la otra cobertura].

FIRME ABAJO

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

Firma _____ Fecha _____

Escriba el nombre en letra de imprenta _____

SOLO PARA USO INTERNO DEL FONDO

COMENTARIOS:

SANTA MONICA UNITE HERE HEALTH BENEFIT TRUST FUND

Administered By: Benefit Programs Administration
Telephone • (866) 345-5189 • (562) 463-5075 • FAX (562) 463-5894
www.santamonicauniteherefunds.org

Aviso complementario de cobertura de continuación de COBRA

INFORMACIÓN IMPORTANTE: Cobertura COBRA, asistencia con las primas conforme al ARP y otras alternativas de cobertura de salud

Mayo de 2021

Para todos los afiliados del Fondo Fiduciario de Beneficios de Salud UNITE HERE de Santa Mónica:

Este aviso complementario contiene información importante sobre sus nuevos derechos relacionados con la cobertura de atención médica continua en el Fondo Fiduciario de Beneficios de Salud UNITE HERE de Santa Mónica (el "Fondo"). Lea atentamente la información que se incluye a continuación en este aviso.

La Ley del Plan de rescate estadounidense de 2021 (ARP, por sus siglas en inglés) proporciona asistencia temporal con la prima para la cobertura COBRA (es decir, COBRA gratis por hasta 6 meses). También puede cambiar su opción de cobertura al Programa de atención médica comunitaria Martin Luther King para su cobertura COBRA (consulte a continuación para obtener más información).

La asistencia para la prima está disponible para ciertas personas que son elegibles para la cobertura COBRA debido a un evento calificado que es una reducción de horas o un cese involuntario de la relación laboral. *Sin embargo, la asistencia para la prima no está disponible para las parejas de hecho que están inscritas en COBRA.*

Si califica para recibir asistencia con las primas, no debe pagar ninguna de las primas de COBRA que de otro modo se adeudarían al Fondo durante los meses en que sea elegible para recibir asistencia. 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 cobertura COBRA más allá de esa fecha, es posible que deba pagar el monto total adeudado de las primas de COBRA. Sin embargo, cuando finalice su asistencia con la prima, es posible que califique para un período de inscripción especial en la cobertura a través del Health Insurance Marketplace^{®1} (consulte la sección sobre "otras opciones de cobertura" a continuación).

Recibe este aviso porque se vio afectado por un evento calificado que puede haber sido una reducción de horas o un cese involuntario de la relación laboral, y no ha alcanzado el período máximo para su cobertura COBRA.

¹ Health Insurance Marketplace[®] es una marca de servicio registrada del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EE. UU.

Si su pérdida de la cobertura del Fondo se debió a una reducción de horas o un cese involuntario de la relación laboral, puede ser elegible para recibir asistencia con la prima conforme al ARP (es decir, COBRA gratis) por hasta 6 meses.

Para saber si califica para recibir asistencia con la prima conforme al ARP, debe leer este aviso y los documentos adjuntos con atención. En particular, revise el “Resumen de las disposiciones de asistencia para la prima de COBRA conforme al Plan de rescate estadounidense de 2021” que contiene información sobre elegibilidad, restricciones y obligaciones y el formulario azul “Solicitud de tratamiento como individuo elegible para recibir asistencia”.

Si cree que cumple con los requisitos para la asistencia con la prima, complete el formulario azul adjunto llamado “Solicitud de tratamiento como individuo elegible para recibir asistencia” y envíelo a la oficina administrativa dentro de los sesenta (60) días posteriores a la recepción de este aviso.

¿Puedo cambiarme al programa de atención médica comunitaria Martin Luther King?

Sí, tiene derecho a cambiarse al Programa de atención médica comunitaria Martin Luther King (el “Programa MLK”) para su cobertura COBRA, incluso si no estaba inscrito anteriormente en ese plan. Si desea cambiarse al Programa MLK, comuníquese con la oficina administrativa para solicitar un formulario especial que debe completar y devolver dentro de los 90 días posteriores a la fecha de este aviso.

La exención de fecha límite relacionada con la COVID-19 no se aplica a las elecciones relativas a la asistencia con la prima conforme al ARP

Tenga en cuenta que debido a la Emergencia Nacional por la COVID-19, el Departamento de Trabajo, el Departamento del Tesoro y el Servicio de Rentas Internas emitieron un Aviso de extensión de ciertos plazos para Planes de beneficios para empleados, participantes y beneficiarios afectados por el brote de COVID-19 (“Aviso conjunto”).² Este aviso proporcionó ayuda para ciertas acciones relacionadas con los planes de beneficios para empleados requeridos o permitidos conforme al Título I de ley ERISA y el Código, incluido el período de elección inicial de 60 días para la cobertura COBRA. La Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (EBSA) del Departamento de Trabajo brindó más información sobre esta ayuda en el Aviso de ayuda en caso de desastres de la EBSA 2021-01.³ ***Sin embargo, la fecha límite extendida prevista en el Aviso Conjunto y el Aviso 2021-01 no se aplica al período de elección de 60 días relacionado con la asistencia con las primas de COBRA conforme al ARP. Por lo tanto, las posibles personas elegibles para recibir asistencia deben enviar el formulario azul “Solicitud de tratamiento como individuo elegible para recibir asistencia” dentro de los 60 días posteriores a la recepción de este aviso o perderán su derecho a recibir asistencia con las primas (COBRA gratis).***

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>.

¿Cuánto cuesta ahora la cobertura COBRA?

El costo mensual normal para la cobertura COBRA depende del plan en el que está inscrito (por ejemplo, Kaiser, Health Net o Programa MLK) y de los familiares en COBRA, y puede consultarse en la hoja de tarifas COBRA adjunta. El ARP reduce la prima de COBRA a cero para ciertas personas que son elegibles para la cobertura de COBRA debido a un evento calificado que puede ser una reducción de horas o un cese involuntario de la relación laboral. Si califica para recibir esta asistencia con las primas, no debe pagar ninguna de las primas de COBRA que de otro modo se adeudarían al Fondo durante los meses en que sea elegible para recibir la asistencia. 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 cobertura COBRA más allá de esa fecha, es posible que deba pagar el monto total adeudado. Consulte el "Resumen de las disposiciones de asistencia para la prima de COBRA conforme al Plan de rescate estadounidense de 2021" adjunto para obtener más información sobre restricciones y obligaciones, y el formulario azul que debe completarse para establecer la elegibilidad para la asistencia con la prima (titulado "Solicitud de tratamiento como individuo elegible para recibir asistencia").

Si califica como "individuo 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 durante los meses en los que es elegible para recibir la asistencia para la prima.

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

Sí. Puede haber otras opciones de cobertura para usted y su familia a través de Health Insurance Marketplace® (en California, se llama "Covered California"), Medicare u otras opciones de cobertura de planes de salud grupales (como el plan de un cónyuge o padre) 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 conforme al ARP, algunas de estas opciones pueden ser menos costosas que la cobertura COBRA.

Si es elegible para otra cobertura de plan 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 o un arreglo de gastos de salud flexible), o si es elegible para Medicare, no es elegible para recibir asistencia con las primas conforme al ARP. Sin embargo, si tiene una cobertura de seguro de salud de mercado individual, como un plan a través del Mercado, o si tiene Medicaid, puede ser elegible para la asistencia con la prima conforme al ARP si elige la cobertura COBRA. Sin embargo, tenga en cuenta que 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 cobertura COBRA, y es posible que no sea elegible para los meses durante los cuales sigue siendo un empleado, pero es elegible para la cobertura COBRA con asistencia con la prima debido a una reducción de horas. Si es elegible para Medicare, considere inscribirse durante el período de inscripción especial para evitar una brecha en la cobertura cuando finalice su cobertura COBRA y una multa por inscripción tardía.

Debe comparar sus otras opciones de cobertura con la cobertura COBRA y elegir la 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 con COBRA, porque la nueva cobertura puede imponer un nuevo

deducible. Además, tenga en cuenta que si elige la cobertura COBRA con asistencia con la prima, puede calificar para un período de inscripción especial en la cobertura del Mercado cuando finalice la asistencia con la prima. Puede utilizar el período de inscripción especial para inscribirse en la cobertura del Mercado con un crédito fiscal si finaliza su cobertura COBRA cuando finaliza la asistencia con la prima y es elegible.

Cuando pierde la cobertura de salud laboral, es importante que elija cuidadosamente entre la cobertura 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 próximo período de inscripción abierta disponible.

Para más información

Este aviso no describe en su totalidad la cobertura COBRA u otros derechos conforme al Fondo. Puede obtener más información sobre la cobertura COBRA y sus derechos conforme al Fondo en la descripción resumida de su plan o en la oficina administrativa.

Si tiene preguntas sobre la información de este aviso, sus derechos a la cobertura o si desea una copia de la descripción resumida de su plan, comuníquese con la oficina administrativa al:

**Fondo Fiduciario de Beneficios de Salud UNITE HERE de Santa Mónica, Atn.:
Administración de Programas de Beneficios, 1200 Wilshire Blvd., Fifth Floor, Los Angeles,
CA 90017-1906, (866) 345-5189 o (562) 463-5075.**

Para obtener más información sobre sus derechos en virtud de la Ley de seguridad de ingresos de jubilación de los empleados (ERISA), incluida COBRA, la Ley de protección al paciente y cuidado de salud asequible y otras leyes que afectan a los planes de salud grupales, visite el sitio web de la EBSA del Departamento de Trabajo de los EE. UU.:

<https://www.dol.gov/agencies/ebsa> , visite www.askebsa.dol.gov o llame a su número gratuito al 1-866-444-3272. Para obtener más información sobre las opciones de seguro de salud disponibles a través del Health Insurance Marketplace® y para localizar un asistente en su área con quien pueda hablar sobre las diferentes opciones, visite www.HealthCare.gov.

Mantenga su plan informado sobre los cambios de domicilio

Para proteger sus derechos y los de su familia, mantenga informada a la oficina administrativa de cualquier cambio en su dirección y las direcciones de sus familiares. También debe conservar una copia de los avisos que envíe a la oficina administrativa.

Anexos:

1. Resumen de las disposiciones de asistencia para la prima de COBRA conforme a la ley del Plan de rescate estadounidense de 2021
2. Solicitud de tratamiento como individuo elegible para recibir asistencia ("Formulario azul")
3. Notificación del participante sobre la inelegibilidad para la asistencia con la prima conforme al ARP ("Formulario amarillo")
4. Hoja de tarifas de COBRA

COBRA Rate Sheet

Kaiser HMO COBRA Rates

Effective June 1, 2021

CORE (medical rx only) COBRA rates:

Employee Only	\$587.93
Employee plus One	\$1,074.89
Employee plus Family	\$1,479.07

CORE Plus (medical rx United Concordia dental & vision) COBRA rates:

Employee Only	\$612.78
Employee plus One	\$1,102.26
Employee plus family	\$1,509.51

CORE Plus (medical rx Delta dental & vision) COBRA rates:

Employee Only	\$686.35
Employee plus One	\$1,175.83
Employee plus family	\$1,583.09

HEALTH NET HMO COBRA Rates

Effective June 1, 2021

CORE (medical rx only) COBRA rates:

Employee Only	\$440.46
Employee plus One	\$830.88
Employee plus Family	\$1,102.48

CORE Plus (medical rx United Concordia dental & vision) COBRA rates:

Employee Only	\$465.31
Employee plus One	\$858.24
Employee plus family	\$1,132.93

CORE Plus (medical rx Delta dental & vision) COBRA rates:

Employee Only	\$538.88
Employee plus One	\$931.82
Employee plus family	\$1,206.50

MLK COBRA Rates
Effective March 1, 2021

CORE (medical rx only) COBRA rates:

Employee Only	\$210.85
Employee plus One	\$390.16
Employee plus Family	\$535.64

CORE Plus (medical rx United Concordia dental & vision) COBRA rates:

Employee Only	\$234.84
Employee plus One	\$415.81
Employee plus family	\$563.33

CORE Plus (medical rx Delta dental & vision) COBRA rates:

Employee Only	\$303.62
Employee plus One	\$484.59
Employee plus family	\$632.11