



## 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<sup>®1</sup>, 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](https://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.

<sup>1</sup> Health Insurance Marketplace<sup>®</sup> 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.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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".)	<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

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.	<input type="checkbox"/>
2. El individuo no experimentó una reducción de horas.	<input type="checkbox"/>
3. El individuo 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 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.	<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 que califica fue una reducción de horas o la desvinculación laboral involuntaria.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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.	<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 que califica fue una reducción de horas o la desvinculación laboral involuntaria.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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.	<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 que califica fue una reducción de horas o la desvinculación laboral involuntaria.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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.	<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 que califica fue una reducción de horas o la desvinculación laboral involuntaria.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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.	<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 que califica fue una reducción de horas o la desvinculación laboral involuntaria.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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.	<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 que califica fue una reducción de horas o la desvinculación laboral involuntaria.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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.	<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 que califica fue una reducción de horas o la desvinculación laboral involuntaria.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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.	<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 que califica fue una reducción de horas o la desvinculación laboral involuntaria.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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.	<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 que califica fue una reducción de horas o la desvinculación laboral involuntaria.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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 \_\_\_\_\_