

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: