

# 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

## Revocación de la Cobertura COBRA y Elección del Formulario de Extensión por Dificultades

28 de Junio de 2021

### Entiendo que:

- La Extensión por Dificultades es una alternativa a la cobertura COBRA.
- Si elijo la Extensión por Dificultades para mí y cualquier familiar inscrito, el Fondo me proporcionará a mí (o a nosotros) una extensión de cobertura por 2 o 3 meses, desde el 1 de marzo de 2021 o el 1 de abril de 2021, según corresponda, hasta el 30 de mayo de 2021.
- Solo durante el mes de marzo, la Extensión por Dificultades costará \$50 por la cobertura del programa MLK y \$100 por la cobertura de Kaiser o HealthNet. Para abril y mayo, no hay costo para la Extensión por Dificultades.
- Cuando finalice la Extensión por Dificultades, el Fondo ofrecerá la oportunidad de elegir 18 o 36 meses de cobertura COBRA, según corresponda.

**Al firmar a continuación, le pido al Fondo Fiduciario de Beneficios de Salud UNITE HERE de Santa Mónica que haga dos cosas:**

1. Revoque (es decir, cancele) mi elección de cobertura COBRA a partir del 1 de marzo de 2021 para mí y los dependientes que inscribí en COBRA. (Sin embargo, si mi/nuestra cobertura COBRA comenzó el 1 de abril de 2021, la revocación de la cobertura COBRA entrará en vigencia el 1 de abril de 2021).
2. Me apruebe a mí y a los dependientes que inscribí previamente en COBRA para una Extensión por Dificultades de 2 o 3 meses a partir del 1 de marzo de 2021, si originalmente elegí COBRA para marzo, o a partir del 1 de abril de 2021, si originalmente elegí COBRA para comenzar el 1 de abril y durará hasta el 31 de mayo de 2021.

Nombre \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_

*Si la persona que firma arriba es el Empleado, se considerará que este formulario incluye una elección en nombre del Empleado y de los Dependientes a quienes el Empleado inscribió previamente en COBRA.*