

Modelo de notificación alternativa de elección de continuación de cobertura bajo ARP

(Para uso de planes de salud grupales para beneficiarios calificados que tienen eventos calificados que ocurren desde el 1 de abril de 2021 hasta el 30 de septiembre de 2021.)

Declaración sobre la Ley de Reducción de Trámites Administrativos

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites Administrativos de 1995 (Pub. L. 104-13) (PRA, por sus siglas en inglés), no se requiere que ninguna persona responda a una recopilación de información a menos que dicha recopilación muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El Departamento del Trabajo (el Departamento) señala que una agencia federal no puede realizar ni patrocinar una recopilación de información a menos que sea aprobada por OMB en virtud de la PRA y muestre un número de control de OMB actualmente válido. Ver 44 U.S.C. 3507. Además, sin perjuicio de cualquier otra disposición de la ley, ninguna persona estará sujeta a una multa por no cumplir con una recopilación de información si la recopilación de información no muestra un número de control OMB actualmente válido. Ver 44 U.S.C. 3512.

La recopilación de esta información está autorizada por la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA, por sus siglas en inglés) y la Sección 9501 de la Ley del Plan de Rescate Estadounidense (Pub. L. 117-2). La obligación de los empleadores de responder a esta recopilación es obligatoria para proporcionar las notificaciones requeridas para permitir que las personas obtengan los beneficios permitidos por la ley. Se alienta a las partes interesadas a enviar comentarios sobre la estimación de la carga o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, al Departamento del Trabajo de EE.UU., Oficina de Regulaciones e Interpretaciones, Atención: Oficial de Autorización de PRA, 200 Constitution Avenue, NW, Room N-5718, Washington, DC 20210 o envíe un correo electrónico a ebssa.opr@dol.gov y haga referencia al número de control de OMB 1210-0167.

La carga de presentación de informes públicos para esta recopilación de información se muestra en el siguiente gráfico.

Tipo de notificación	Tiempo medio estimado
Notificación general	Carga adicional mínima como ya se cubre en el número de control OMB 1210-0123.
Notificación en relación con períodos electorales extendidos	1 minuto por respuesta
Notificación alternativa	2 minutos por respuesta
Notificación de vencimiento de la asistencia con las primas	1 minuto por respuesta

Modelo de notificación alternativo de elección de continuación de cobertura bajo ARP

(Para uso de planes de salud grupales para beneficiarios calificados que tienen eventos calificativos que ocurren desde el 1 de abril de 2021 hasta el 30 de septiembre de 2021.)

[Escriba la fecha de la notificación]

Estimado: [Identifique al beneficiario(s) calificado(s), por nombre o estado]

Esta notificación contiene información importante sobre sus derechos relacionados con su cobertura de atención de salud continua en [Escriba el nombre del plan de salud grupal] (el Plan), así como otras opciones de cobertura de salud que pueden estar disponibles para usted, incluyendo la cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos®¹. Para inscribirse en la cobertura del Mercado, visite www.CuidadoDeSalud.gov o llame al 1-800-318-2596 (TTY: 1-855-889-4325). Es posible que pueda obtener cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos® que cueste menos que la continuación de cobertura bajo COBRA, ahora que finaliza la asistencia con las primas. La mayoría de la gente de los estados utiliza www.CuidadoDeSalud.gov para solicitar e inscribirse en una cobertura de salud; si su estado tiene su propia plataforma del Mercado, puede encontrar la información de contacto aquí: www.cuidadodesalud.gov/es/marketplace-in-your-state/.

Lea atentamente la información de esta notificación antes de tomar una decisión. Si opta por elegir la continuación de cobertura, debe usar el Formulario de elección que se proporciona más adelante en esta notificación.

La Ley del Plan de Rescate Estadounidense de 2021 (ARP, por sus siglas en inglés) proporciona asistencia con las primas temporal para la continuación de cobertura y, cuando el empleador elige ofrecer la opción, la oportunidad de cambiar a una opción de plan de salud diferente ofrecida por el empleador (vea debajo para más información). La asistencia con las primas está disponible para ciertas personas que son elegibles para la continuación de cobertura bajo COBRA debido a un evento calificativo que es una reducción de horas o una terminación involuntaria del empleo. Si califica para la asistencia con las primas, no es necesario que pague ninguna de las primas de continuación de cobertura que de otro modo se adeudarían al plan. Esta asistencia con las primas está disponible desde el 1 de abril de 2021 hasta el 30 de septiembre de 2021. Si continúa con su continuación de cobertura más allá de esa fecha, tendrá que pagar el monto total adeudado.

Para determinar si es elegible para la asistencia con las primas según el ARP, revise cuidadosamente esta notificación y el documento adjunto titulado "Resumen de la asistencia con la prima de COBRA estipulaciones bajo la Ley del Plan de Rescate Estadounidense de 2021". Si cree que es una persona elegible, complete la "Solicitud de tratamiento como persona elegible para recibir asistencia" y devuélvala al plan de salud con su Formulario de elección completo.

Para elegir la continuación de cobertura, siga las instrucciones del formulario de elección adjunto y envíenoslo.

Si no elige la continuación de cobertura, su cobertura bajo el Plan finalizará el [escriba la fecha] debido a [marque la(s) casilla(s) correspondiente(s)]:

- Fin del empleo (voluntario)
- Fin del empleo (involuntario)
- Reducción de horas

[Agregue cualquier otro evento que daría lugar a un derecho a la continuación de cobertura según la ley estatal, como

- Divorcio o separación legal
- Fallecimiento del empleado

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

- Derecho a Medicare
- Pérdida de la clasificación de hijo como dependiente]

Cada persona en la(s) categoría(s) marcadas a continuación tiene derecho a elegir la continuación de cobertura, que continuará con la cobertura de atención de salud grupal bajo el Plan por hasta ___ meses *[escriba el plazo apropiado]*

[Agregue las categorías apropiadas y marque la casilla o casillas correspondientes. Las categorías pueden incluir

- Empleado o ex empleado
- Cónyuge o ex cónyuge
- Hijo(s) dependiente(s) cubiertos por el Plan el día antes del evento que causó la pérdida de cobertura
- Hijo que pierde el seguro del Plan porque ya no es dependiente bajo el Plan]

Si resulta elegido, la continuación de cobertura comenzará el *[escriba la fecha]* y puede durar hasta el *[escriba la fecha]*. *[Agregue, si corresponde: Puede elegir cualquiera de las siguientes opciones para la continuación de cobertura: *[enumere las opciones de cobertura disponibles]*].*

*[Si el emisor permite que las personas elegibles para recibir asistencia opten por inscribirse en una cobertura diferente a la cobertura en el que la persona estaba inscrita en el momento en que ocurrió el evento calificativo, inserte: “Además, según el ARP, es posible que tenga derecho a cambiar las opciones de cobertura adicionales en las que no estaba inscrito anteriormente. Para cambiar las opciones de cobertura para su continuación de cobertura bajo COBRA a algo diferente a lo que tenía el último día de empleo o antes de su reducción de horas, complete el “Formulario para cambio de opciones de beneficios de continuación de cobertura bajo COBRA” y devuélvanoslo. Las opciones de cobertura disponibles son: *[escribir lista de opciones de cobertura disponibles]*”. Para ser elegible para la asistencia con las primas, la cobertura diferente debe costar lo mismo o menos que la cobertura que tenía en el momento del evento calificativo; ofrecerse a empleados activos en igual situación; y no puede limitarse solo a los beneficios exceptuados, un arreglo de reembolso de salud para pequeños empleadores calificados (QSEHRA, por sus siglas en inglés) o una cuentas de costos flexibles (FSA, por sus siglas en inglés) de salud.]*

La continuación de cobertura costará: *[Escriba la cantidad que cada beneficiario calificado deberá pagar por cada opción por mes de cobertura y cualquier otro período de cobertura permitido]*. Si califica como “Persona elegible para recibir asistencia” según el ARP, el costo de la prima mensual será cero hasta el 30 de septiembre de 2021. No es necesario que envíe ningún pago con el formulario de elección. Puede encontrar información importante adicional sobre el pago para continuación de cobertura en las páginas después del Formulario de elección.

Si tiene alguna pregunta sobre esta notificación o sus derechos a la continuación de cobertura, debe comunicarse con *[escriba el nombre de la parte responsable de la administración de la continuación de cobertura para el emitente, con el número de teléfono y la dirección]*.

Formulario de elección de continuación de cobertura

Instrucciones: Para elegir la continuación de cobertura, complete este formulario de elección y envíenoslo. Según *[escriba la ley aplicable]*, tiene *[escriba el número de días]* después de la fecha de esta notificación para decidir si desea elegir la continuación de cobertura.

Envíe el formulario de elección completo a: *[Escriba el nombre y la dirección]*

Este formulario de elección debe completarse y enviarse por correo *[o describir otros medios de presentación y fecha de vencimiento]*. Si se envía por correo, debe tener sello postal a más tardar de *[Escriba la fecha]*.

Si no envía un formulario de elección completo antes de la fecha de vencimiento que se muestra arriba, puede perder su derecho a elegir la continuación de cobertura. Si rechaza la continuación de cobertura antes de la fecha de vencimiento, puede cambiar de opinión siempre que envíe un formulario de elección completo antes de la fecha de vencimiento. Sin embargo, si cambia de opinión después de rechazar por primera vez la continuación de cobertura, la misma comenzará en la fecha en que envíe el formulario de elección completo.

Lea la información importante sobre sus derechos incluida en las páginas posteriores al formulario de elección.

Yo (nosotros) elijo (elegimos) seguir con (el Plan) de la continuación de cobertura en el *[Escriba el nombre del plan]* que se indica a continuación:

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

a. _____
[Añadir si aplica: Opción de cobertura elegida: _____]

b. _____
[Añadir si aplica: Opción de cobertura elegida: _____]

c. _____
[Añadir si aplica: Opción de cobertura elegida: _____]

Firma

Fecha

Nombre impreso

Relación con la(s) persona(s) enumeradas anteriormente

Dirección impresa

Número de teléfono

[Utilice este formulario modelo únicamente si el plan permite que las personas elegibles para recibir asistencia elijan inscribirse en una cobertura diferente a la cobertura en el que estaba inscrita la persona en el momento en que ocurrió el evento calificativo.]

Formulario para cambiar las opciones de beneficios de la continuación de cobertura

Instrucciones: Para cambiar las opciones de beneficios para su continuación de cobertura a algo diferente de lo que usted tenía el último día de cobertura, complete este formulario y devuélvanoslo. Según la ley federal, tiene 90 días después de la fecha de esta notificación para decidir si desea cambiar las opciones de beneficios.

Envíe el formulario completo a: *[Escriba nombre y dirección]*

Este formulario debe completarse y enviarse por correo *[o describir otros medios de presentación y fecha de vencimiento]*. Si se envía por correo, debe tener sello postal a más tardar *[escriba la fecha]*.

*** ESTE NO ES SU NOTIFICACIÓN DE ELECCIÓN***
DEBE COMPLETAR Y ENVIAR POR SEPARADO LA NOTIFICACIÓN DE ELECCIÓN PARA ASEGURAR SU CONTINUACIÓN DE COBERTURA.

Yo (nosotros) elijo (elegimos) seguir con (el Plan) de la continuación de cobertura en el *[escriba el nombre del plan]* que se indica a continuación:

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el empleado	SSN (u otro identificador)
a.	_____		
	Opción de cobertura anterior:	_____	
	Nueva opción de cobertura:	_____	
b.	_____		
	Opción de cobertura anterior:	_____	
	Nueva opción de cobertura:	_____	
c.	_____		
	Opción de cobertura anterior:	_____	
	Nueva opción de cobertura:	_____	

Firma

Fecha

Nombre impreso

Relación con la(s) persona(s) enumeradas anteriormente

Dirección impresa

Número de teléfono

Información importante sobre sus derechos de continuación de cobertura

¿Qué es la continuación de cobertura?

La ley estatal requiere *[escriba aquí los requisitos de la ley estatal]*, por ejemplo: que la mayoría de las coberturas de seguro de salud grupal (incluido esta cobertura) ofrecen a los empleados y sus familias la oportunidad de continuar con su cobertura cuando haya un "evento calificador" que resultaría en una pérdida de cobertura bajo el plan de un empleador. Dependiendo del tipo de evento calificador, los "beneficiarios calificados" pueden incluir al empleado (o empleado jubilado) cubierto por el plan de salud grupal, el cónyuge del empleado cubierto y los hijos dependientes del empleado cubierto.

La continuación de cobertura es la misma cobertura que el Plan ofrece a otros participantes o beneficiarios del Plan que no reciben la continuación de cobertura. Cada beneficiario calificado que elija la continuación de cobertura tendrá los mismos derechos bajo el Plan que otros participantes o beneficiarios cubiertos por el Plan, incluyendo *[agregue si corresponde: inscripción abierta y] derechos de inscripción especial.*

¿Cuánto tiempo durará la continuación de cobertura?

[Escriba la duración de la cobertura y cualquier otra información relevante, incluida la disponibilidad de cualquier extensión según la ley estatal.]

¿Cómo puedo elegir la continuación de cobertura?

Para elegir la continuación de cobertura, debe completar el formulario de elección y proporcionarlo de acuerdo con las instrucciones del formulario. *[Escriba la información sobre cualquier otra estipulación de la ley estatal relacionada con el proceso de elección, incluidos los derechos de los miembros de la familia.]*

Al considerar la posibilidad de elegir la continuación de cobertura, debe tener en cuenta que el hecho de no continuar con su cobertura de salud grupal puede afectar sus derechos especiales de inscripción para planes de salud grupales según la ley federal. Tiene derecho a solicitar una inscripción especial en otro plan de salud grupal para el que sea elegible (como un plan patrocinado por el empleador de su cónyuge) dentro de los 30 días posteriores a la finalización de su cobertura de salud grupal debido al evento calificador mencionado anteriormente. También tendrá el mismo derecho de inscripción especial al final de la continuación de cobertura si obtiene la continuación de cobertura durante el tiempo máximo disponible para usted.

¿Cuánto cuesta la continuación de cobertura?

[Escriba la información general sobre el costo de la continuación de cobertura.]

El ARP reduce la prima de continuación de cobertura para ciertas personas. La asistencia con las primas está disponible para ciertas personas que experimentan un evento calificador que es una reducción de horas o una terminación involuntaria del empleo. Si reúne los requisitos para recibir asistencia con las primas, no es necesario que pague ninguna de las primas de continuación de cobertura que de otro modo le correspondería al emisor. Esta asistencia con las primas está disponible desde el 1 de abril de 2021 hasta el 30 de septiembre de 2021. Si su continuación de cobertura dura más allá del 30 de septiembre de 2021, es posible que deba pagar el monto total adeudado si elige continuar con su continuación de cobertura. Revise el "Resumen de la asistencia con la prima de COBRA estipulaciones bajo la Ley del Plan de Rescate Estadounidense de 2021" adjunto para obtener más detalles, restricciones y obligaciones, así como el formulario que debe completar para establecer la elegibilidad. Sin embargo, cuando finalice su asistencia con las primas, es posible que califique para un período de inscripción especial para inscribirse en la cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos® (consulte la sección sobre "otras opciones de cobertura" a continuación).

¿Cuándo y cómo se debe realizar el pago de la continuación de cobertura si no soy elegible para la asistencia con las primas o si continúo con la continuación de cobertura después del 30 de septiembre de 2021?

[Escriba la información sobre los requisitos relacionados con el pago para la continuación de cobertura, incluidas las estipulaciones de pago periódico o los períodos de gracia permitidos.]

Puede comunicarse con [escriba la información de contacto apropiada de la parte responsable de la administración de la continuación de cobertura bajo el Plan] para confirmar el monto correcto de su pago o para discutir los problemas de pago relacionados con la asistencia con la prima.

Su(s) pago(s) para la continuación de cobertura (si no es elegible para asistencia con las primas o si continúa con dicho cobertura después del 30 de septiembre de 2021) deben enviarse a:

[escriba la dirección de pago apropiada]

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

Sí. Puede haber otras opciones de cobertura para usted y su familia a través de Mercado de Seguros Médicos[®], Medicare u otras opciones de cobertura de planes de salud grupales (como el plan de un cónyuge) a través de un período de inscripción especial. Además, puede solicitar y inscribirse en Medicaid en cualquier momento. Si no es elegible para recibir asistencia con las primas según el ARP, algunas de estas opciones pueden costar menos que la continuación de cobertura. Si es elegible para otra cobertura 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 calificativo (QSEHRA, por sus siglas en inglés) o un arreglo de costos flexibles de salud (FSA), o si es elegible para Medicare, no es elegible para la asistencia con las primas de ARP. Sin embargo, si tiene una cobertura de salud individual, como un plan a través del Mercado, o si tiene Medicaid, puede ser elegible para la asistencia con las primas de ARP si elige la continuación de cobertura. 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 continuación de cobertura bajo COBRA y es posible que no sea elegible para los meses durante los cuales sigue siendo un empleado, pero es elegible para la continuación de cobertura bajo COBRA con asistencia con las primas debido a una reducción de horas. Si es elegible para Medicare, considere inscribirse durante su período de inscripción especial para evitar una brecha en la cobertura cuando finalice su cobertura de COBRA y una multa por inscripción tardía.

Debe comparar sus otras opciones de cobertura con la continuación de cobertura y elegir la cobertura 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 la continuación de cobertura porque la nueva cobertura puede imponer un nuevo deducible. Además, tenga en cuenta que, si elige la continuación de cobertura con asistencia con las primas, es posible que califique para un período de inscripción especial para inscribirse en la cobertura del Mercado cuando finalice la asistencia con las primas. Puede utilizar el período de inscripción especial para anotarse en la cobertura del Mercado con un crédito fiscal si finaliza su continuación de cobertura cuando finaliza la asistencia con las primas y, de lo contrario, es elegible.

Cuando pierde la cobertura de salud basado en el trabajo, es importante que elija cuidadosamente entre la continuación de cobertura 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 la próxima apertura disponible del período de inscripción.

Para más información

Esta notificación no describe completamente la continuación de cobertura u otros derechos según a su cobertura. Hay más información disponible en [escriba el contacto correspondiente a la parte responsable de la administración de la continuación de cobertura bajo el Plan].

Si tiene preguntas sobre la información en esta notificación o sus derechos a la cobertura, o si desea una copia del resumen de la descripción de su plan, comuníquese con *[escriba el nombre de la parte responsable de la administración de la continuación de cobertura para el Plan, con número de teléfono y dirección]*.

Para obtener más información sobre sus derechos en virtud de la ley estatal, contacte con *[escriba la información de contacto adecuada.]*

Mantenga su plan informado sobre los cambios de dirección

Para proteger sus derechos y los de su familia, debe mantener informado a *[escriba el nombre y la información de contacto de la parte correspondiente responsable de la administración de la continuación de cobertura bajo el Plan]* de cualquier cambio en su dirección y las direcciones de los miembros de la familia. También debe guardar una copia, para sus registros, de cualquier notificación que envíe a *[escriba el nombre de la parte responsable de la administración de la continuación de cobertura bajo el Plan]*.

[Adjunte un "Resumen de la asistencia con las primas de COBRA estipulaciones bajo la Ley del Plan de Rescate Estadounidense de 2021" para cumplir con los requisitos de ARP]