

**Notificación sobre la Continuación de cobertura COBRA con relación
a los Períodos de elección extendidos**

INFORMACIÓN IMPORTANTE: La Continuación de cobertura COBRA, otras Alternativas de cobertura médica y los Períodos de elección extendidos conforme a la Ley del Plan de Rescate Estadounidense de 2021 (ARP)

Esta notificación contiene información importante sobre los nuevos derechos relacionados con la continuación de la cobertura de atención médica en el plan de salud de su empleador, (el Plan). Para obtener información sobre las fechas de elegibilidad de COBRA, las opciones de cobertura adicionales y el costo de la cobertura de COBRA, consulte el aviso correspondiente en inglés que recibió por correo. Si necesita ayuda adicional, comuníquese con Western Growers Assurance Trust al (888) 464-8837.

La ley de Plan de Rescate Estadounidense de 2021 (American Rescue Plan, ARP) provee asistencia temporal para primas para la cobertura de continuación COBRA y, si el empleador elige ofrecer la posibilidad, una oportunidad para cambiarse a otra opción de plan médico que ofrezca su empleador (más información abajo). La asistencia para primas está disponible para determinados individuos que sean elegibles para una continuación de cobertura COBRA por un evento calificador que implique una reducción de horas o un despido. Si califica para la asistencia para primas, no necesita pagar ninguna de las primas de COBRA que, de otro modo, debería abonar al plan durante los meses de elegibilidad. Esta asistencia para primas está disponible desde el 1 de abril de 2021 hasta el 30 de septiembre de 2021. Si decide prolongar su cobertura de continuación COBRA después de esa fecha, es posible que deba pagar el monto total de la prima de COBRA. Sin embargo, cuando finalice su asistencia para primas, puede calificar para un período de inscripción especial para inscribirse en la cobertura a través de Health Insurance Marketplace^{®1} (consulte la sección sobre "otras opciones de cobertura" abajo).

Recibe esta notificación porque sufrió un evento calificador que puede haber implicado una reducción de horas o un despido y no ha alcanzado el período máximo de la continuación de cobertura COBRA o no optó por la continuación de cobertura COBRA la primera vez que se ofreció.

Para determinar si puede recibir la asistencia para primas conforme al ARP, lea atentamente esta notificación y los documentos adjuntos. En particular, lea el "Resumen de las disposiciones sobre la asistencia para las primas de COBRA conforme al Plan de Rescate Estadounidense de 2021" que contiene información sobre la elegibilidad, restricciones y obligaciones y la "Solicitud de tratamiento como individuo elegible para la asistencia".

Si considera que califica para recibir la asistencia para primas, complete la "Solicitud de tratamiento como individuo elegible para la asistencia" (provista en el Resumen de las disposiciones sobre la asistencia para las primas de COBRA conforme al Plan de Rescate Estadounidense de 2021 adjunto con esta notificación) y reenvíela con el Formulario de

¹ Health Insurance Marketplace[®] es una marca de servicio registrada del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

elección completo, o por separado, si actualmente está inscrito en la continuación de cobertura COBRA.

Antes de tomar su decisión, lea atentamente la información de esta notificación. Si ahora elige la continuación de cobertura COBRA, utilice el formulario de elección provisto más adelante en esta notificación.

Si no tenía la continuación de cobertura COBRA y ahora la elijo, ¿cuándo comenzará y finalizará la cobertura?

Consulte la notificación en inglés que recibió por correo para conocer las fechas de elegibilidad de COBRA y las opciones de cobertura.

Además, conforme al ARP, tiene derecho a cambiarse a opciones de cobertura en las que no estaba inscrito anteriormente. Consulte la versión en inglés de este aviso para conocer las opciones de cobertura disponibles. Para cambiar las opciones en la continuación de cobertura COBRA que tenía en su último día de trabajo o reducción de horas, complete el "Formulario para cambiar las opciones de beneficios en la cobertura de continuación COBRA" y reenvíenoslo. La otra cobertura debe costar lo mismo o menos que la cobertura que tenía en el momento del evento calificador; se le debe ofrecer a empleados activos en una situación similar; y no se puede limitar solo a los beneficios excepcionales, un acuerdo de reembolso de gastos médicos para pequeñas empresas o un acuerdo de gastos médicos flexibles".

La continuación de cobertura de COBRA puede finalizar antes de la fecha estipulada arriba por determinadas causas, como primas impagas, fraude o cobertura por otro plan médico grupal.

Por la emergencia nacional de COVID-19, el Departamento de Trabajo, el Departamento del Tesoro y el Servicio de Impuestos Internos emitieron una Notificación de extensión de algunos plazos para los planes de beneficios de los empleados, participantes y beneficiarios afectados por el brote de COVID-19 ("Notificación Conjunta")². Esta notificación estipuló prórrogas para ciertas acciones relacionadas con los planes de beneficios para los empleados requeridas o permitidas bajo el Título I de ERISA y el Código, incluido el período de elección inicial de 60 días para la continuación de cobertura COBRA. La Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (Employee Benefits Security Administration, EBSA) del Departamento de Trabajo de Estados Unidos proporcionó más información en la Notificación de prórrogas por desastre del 2021-01 de la EBSA³. Sin embargo, la prórroga del plazo provista en la Notificación conjunta y en la Notificación 2021-01 no se aplica al período de elección de 60 días relacionado con la asistencia para primas de COBRA conforme al ARP. Por lo tanto, los Potenciales beneficiarios de la asistencia deben elegir la continuación de cobertura COBRA en un plazo de 60 días desde la recepción de la notificación correspondiente o perderán su derecho a elegir la continuación de cobertura COBRA con asistencia para primas.

Sin embargo, un Potencial beneficiario de asistencia puede elegir la continuación de cobertura COBRA desde el 1 de abril de 2021 o después (o desde la fecha de un evento calificador

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>

posterior si el evento calificador es después del 1 de abril de 2021), o desde la fecha de un evento calificador anterior si es elegible para hacer esta elección, incluso en los plazos extendidos previstos en la Notificación conjunta. El período de elección para la continuación de cobertura COBRA con asistencia para primas no coarta el derecho preexistente a elegir la continuación de cobertura COBRA, incluso en los plazos extendidos previstos en la Notificación conjunta y la Notificación de prórrogas por desastre del 2021-01 de la EBSA.

¿Puedo extender ahora la continuación de cobertura COBRA?

Si ahora elige la continuación de cobertura COBRA, podrá extender dicha cobertura si un beneficiario calificado está incapacitado o si ocurre un segundo evento calificador. Debe notificar a Western Growers Assurance Trust de la incapacidad o el segundo evento calificador en un plazo estipulado para extender el período de continuación de cobertura COBRA. Si no notifica la incapacidad o el segundo evento calificador dentro del plazo requerido, afectará su derecho a extender el período de cobertura de continuación COBRA.

Para más información sobre la extensión de la continuación de cobertura COBRA, visite <https://www.dol.gov/sites/dolgov/files/EBSA/about-ebbsa/our-activities/resource-center/publications/an-employees-guide-to-health-benefits-under-cobra.pdf>.

¿Cuánto cuesta ahora la continuación de cobertura COBRA?

Su costo por la continuación de cobertura COBRA se muestra en el aviso en inglés que recibió por correo. El ARP reduce las primas de COBRA a cero para determinados individuos. La asistencia para primas está disponible para determinados individuos que sean elegibles para una continuación de cobertura COBRA por un evento calificador que implique una reducción de horas o un despido. Si califica para la asistencia para primas, no necesita pagar ninguna de las primas de COBRA que, de otro modo, debería abonar al plan. Esta asistencia para primas está disponible desde el 1 de abril de 2021 hasta el 30 de septiembre de 2021. Si decide prolongar su continuación de cobertura COBRA después de esa fecha, es posible que deba pagar el monto total. Lea el "Resumen de las disposiciones sobre la asistencia para las primas de COBRA conforme al Plan de Rescate Estadounidense de 2021" adjunto para más información, restricciones, obligaciones y el formulario que debe completar para determinar la elegibilidad.

Si califica como un "Individuo elegible para la asistencia", el costo mensual de esta prima será cero desde el 1 de abril de 2021 hasta el 30 de septiembre de 2021 y no tiene que mandar ningún pago con el formulario de elección.

El Plan le enviará información adicional sobre pagos después de recibir el formulario de elección.

¿Hay otras opciones de cobertura además de la Continuación de cobertura COBRA?

Sí. Usted y su familia pueden tener otras opciones de cobertura a través de Health Insurance Marketplace®, Medicare u otras opciones de cobertura de planes médicos grupales (como el plan para cónyuges) mediante un período de inscripción especial. Además, puede solicitar y, si es elegible, inscribirse en Medicaid en cualquier momento. Si no es elegible para la asistencia para primas conforme al ARP, algunas de estas opciones pueden costar menos que la continuación de

cobertura COBRA. Si es elegible para otra cobertura de un plan médico grupal, como el plan de un empleador nuevo o un cónyuge (sin incluir los beneficios excepcionales, un acuerdo de reembolso de gastos médicos para pequeñas empresas o un acuerdo de gastos médicos flexibles), o si es elegible para Medicare, no califica para la asistencia para primas del ARP. Sin embargo, si está cubierto por un seguro médico individual del mercado, como un plan a través de Health Insurance Marketplace, o si tiene Medicaid, puede calificar para la asistencia para primas del ARP si elige la continuación de cobertura COBRA. Sin embargo, tenga en cuenta que no calificará para un crédito fiscal para primas, o anticipos de pago del crédito fiscal para primas, para su cobertura con Marketplace durante los meses en que esté inscrito en la continuación de cobertura COBRA y puede que no califique durante los meses que siga siendo un empleado, pero sí califique para la continuación de cobertura COBRA con asistencia para primas por una reducción de horas. Si es elegible para Medicare, considere inscribirse durante su período de inscripción especial para evitar una interrupción de cobertura cuando finalice su cobertura COBRA y un recargo por inscripción tardía.

Compare sus otras opciones de cobertura con la continuación de cobertura COBRA y elija la cobertura más conveniente para usted. Por ejemplo, si cambia de cobertura, puede que deba hacer más desembolsos directos que con COBRA, porque la nueva cobertura puede imponer un deducible nuevo. Además, tenga en cuenta que si elige la continuación de cobertura COBRA con asistencia para primas, entonces puede calificar para un período de inscripción especial en una cobertura de Marketplace cuando finalice su asistencia para primas. Puede utilizar el período de inscripción especial para inscribirse en una cobertura a través de Marketplace con un crédito fiscal si finaliza su continuación de cobertura COBRA cuando la asistencia para primas finalice y siga siendo elegible.

Si pierde una cobertura médica de trabajo, es importante que elija cuidadosamente entre la continuación de cobertura COBRA y otras opciones de cobertura, porque una vez que haya tomado la decisión, puede ser muy difícil sino imposible cambiarse hasta el próximo período de inscripción abierta disponible.

Para más información

Esta notificación no describe por completo la continuación de cobertura COBRA u otros derechos conforme al Plan. Puede consultar el resumen de la descripción de su plan o a su Administrador del plan para más información sobre la continuación de cobertura COBRA y sus derechos conforme al Plan.

Si tiene alguna pregunta sobre la información de esta notificación, sus derechos de cobertura o si desea una copia del resumen de la descripción de su plan, comuníquese con WGAT a 15525 Sand Canyon Ave., Irvine, CA 92618, o llame al (888) 464-8837.

Para más información sobre sus derechos conforme a la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados (Employee Retirement Income Security Act, ERISA), incluyendo a COBRA, la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible y otras leyes que afectan a los planes médicos grupales, visite el sitio web de EBSA del Departamento de Trabajo de Estados Unidos <https://www.dol.gov/agencies/ebsa>, o diríjase a www.askebsa.dol.gov, o llame gratis al 1-866-444-3272. Para más información sobre sus opciones de seguro médico

disponibles a través de Health Insurance Marketplace® y para encontrar un asistente en su zona para hablar sobre las diferentes opciones, visite www.HealthCare.gov.

Informe sus cambios de domicilio al Plan

Para proteger sus derechos y los de su familia, aún notifique al Administrador del plan cada vez que usted o un familiar haga un cambio de domicilio. Además, aún conserve una copia de todas las notificaciones que le envíe al Administrador del plan.

Formulario de elección para la Continuación de cobertura COBRA (si actualmente no está cubierto por COBRA)

Instrucciones: Para elegir la continuación de cobertura COBRA, complete este Formulario de elección y reenvíenoslo. Conforme a la ley federal, tiene 60 días desde la fecha de esta notificación para decidir si desea elegir la continuación de cobertura COBRA bajo el Plan, a menos que tenga derecho a más tiempo bajo una política o programa federal. Por ejemplo, puede tener derecho a más tiempo en caso de una emergencia nacional. Sin embargo, si no elige la continuación de cobertura COBRA y la asistencia para primas dentro de los 60 días desde la recepción de este formulario, puede que no califique para la asistencia para primas ni el período de elección de COBRA adicional conforme al ARP.

Envíe el Formulario de elección completado a: WGAT, 15525 Sand Canyon Ave., Irvine, CA 92618.

Se debe completar y reenviar este Formulario de elección por correo.

Si no envía el Formulario de elección completado para el plazo estipulado arriba, puede perder su derecho a elegir la continuación de cobertura COBRA. Si rechaza la continuación de cobertura COBRA antes del plazo, puede cambiar su decisión siempre y cuando envíe un Formulario de elección completado antes del plazo.

Lea la información importante sobre sus derechos que se incluye en las páginas posteriores al Formulario de elección.

Elijo (elegimos) la continuación de cobertura COBRA en el Plan mencionado abajo:

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

a. _____

Opción de cobertura elegida: _____

b. _____

Opción de cobertura elegida: _____

c. _____

Opción de cobertura elegida: _____

Firma

Fecha

Nombre en letra de molde

Relación con los individuos mencionados
abajo

Dirección en letra de molde

Número de teléfono

**Formulario para cambiar las opciones de beneficios de la Continuación de cobertura COBRA
(si procede)**

Instrucciones: Para cambiar las opciones en la continuación de cobertura COBRA que usted o el empleado participante tenía en su último día de cobertura o reducción de horas, complete este formulario y reenvíenoslo. Conforme a la ley federal, tiene 90 días desde la fecha de esta notificación para decidir si desea cambiar sus opciones de beneficios.

Envíe el formulario completado a: WGAT, 15525 Sand Canyon Ave., Irvine, CA 92618.

Se debe completar y reenviar este formulario por correo.

***ESTA NO ES SU NOTIFICACIÓN DE ELECCIÓN*
DEBE COMPLETAR POR SEPARADO LA NOTIFICACIÓN DE ELECCIÓN Y REENVIARLA PARA
OBTENER SU CONTINUACIÓN DE COBERTURA COBRA.**

Quiero (queremos) cambiar las opciones de la continuación de cobertura COBRA en el Plan como se indica abajo:

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

a. _____

Opción de cobertura anterior: _____

Opción de cobertura nueva: _____

b. _____

Opción de cobertura anterior: _____

Opción de cobertura nueva: _____

c. _____

Opción de cobertura anterior: _____

Opción de cobertura nueva: _____

Firma

Fecha

Nombre en letra de molde

Relación con los individuos mencionados
abajo

Dirección en letra de molde

Número de teléfono