



Resumen de la asistencia para las primas de COBRA Disposiciones conforme a la Ley del Plan de Rescate Estadounidense de 2021

El presidente Biden firmó el H.R. 1319, la ley del Plan de Rescate Estadounidense de 2021 (American Rescue Plan Act, ARP), el 11 de marzo de 2021. Esta ley subsidia todas las primas de COBRA para los "individuos elegibles para la asistencia" durante los períodos de cobertura desde el 1 de abril de 2021 hasta el 30 de septiembre de 2021.

Para ser elegible para la asistencia para primas, usted:

- **DEBE** tener un evento calificador de COBRA que sea una reducción de horas o un despido involuntario de un empleado cubierto;
- **DEBE** elegir la continuación de cobertura COBRA;
- **NO DEBE** ser elegible para Medicare; Y
- **NO DEBE** ser elegible para la cobertura bajo cualquier otro plan médico grupal, como un plan financiado por un empleador nuevo o el empleador de un cónyuge*.

◆ IMPORTANTE ◆

- ◇ Si no elige recibir la asistencia para primas dentro de los 60 días desde la recepción de este formulario, puede que no califique para dicha asistencia.
- ◇ Si elige la continuación de cobertura COBRA con la asistencia para primas y luego adquiere elegibilidad para la cobertura de otro plan médico grupal (sin incluir la cobertura exclusiva para beneficios excepcionales (como la odontológica u oftalmológica), un acuerdo de reembolso de gastos médicos para pequeñas empresas o un acuerdo de gastos médicos flexibles), o si adquiere elegibilidad para Medicare, DEBE notificar al plan por escrito. Si no envía esta notificación, deberá pagar una multa de 250 dólares (o, si el incumplimiento es fraudulento, el monto mayor entre 250 dólares o el 110% de la asistencia para primas provista después de finalizada la elegibilidad). Si el motivo por el que no notificó al plan es razonable y no un incumplimiento deliberado, no deberá pagar la multa.
- ◇ Los empleadores que no cumplan con los requisitos de la continuación de cobertura COBRA pueden ser investigados por el Departamento de Trabajo y estar sujetos a un impuesto indirecto conforme al Código de Impuestos Internos.
- ◇ Si elige la continuación de cobertura COBRA y califica para la asistencia para primas, no puede reclamar el crédito fiscal para la cobertura médica. Tampoco califica para el crédito fiscal para primas para pagar parte de la cobertura a través de Health Insurance Marketplace^{®1}, como en HealthCare.gov, durante los meses en que esté inscrito en la continuación de cobertura COBRA con o sin asistencia para primas.

Para obtener información general sobre la continuación de cobertura COBRA de su plan, contacte a Pinnacle, 15525 Sand Canyon Ave., Irvine, CA 92618 o llame a (866) 435-0441.

Para obtener información específica sobre la administración de la asistencia para primas del ARP para su plan o para notificarle al plan que no califica para recibir la asistencia para primas, contacte a Pinnacle.

Para más información sobre la asistencia para primas del ARP y preguntas sobre la elegibilidad, visite: <https://www.dol.gov/cobra-subsidy> o contacte al Departamento de Trabajo en [askebsa.dol.gov](https://www.askebsa.dol.gov) o al 1-866-444-EBSA (3272)

* Esta restricción no incluye la cobertura bajo un plan que proporcione solo beneficios excepcionales, un acuerdo de reembolso de gastos médicos para pequeñas empresas o una cobertura bajo un acuerdo de gastos médicos flexibles.

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

Para solicitar la Asistencia para primas del ARP, complete este formulario y reenvíeselo a su plan o su empleador. Si todavía no ha elegido la continuación de cobertura COBRA, puede enviar este formulario junto con su Formulario de elección. Si no completa este formulario y lo reenvía dentro de los 60 días desde su recepción, puede que no reciba la asistencia para primas.

Si ya está inscrito en COBRA, puede enviar este formulario por separado. Si elige hacerlo, envíe la "Solicitud de tratamiento como individuo elegible para la asistencia" completada a: Pinnacle, 15525 Sand Canyon Ave., Irvine, CA 92618.

Sería conveniente leer la información importante sobre las normas de la asistencia para primas incluidas en el "Resumen de las disposiciones sobre la asistencia para las primas de COBRA conforme al Plan de Rescate Estadounidense de 2021".

SOLICITUD DE TRATAMIENTO COMO INDIVIDUO ELEGIBLE PARA LA ASISTENCIA

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre y dirección postal del empleado (escriba el nombre de todos los dependientes en la parte de atrás de este formulario)

Número de teléfono

Dirección de correo electrónico (opcional)

Para calificar, debe marcar "Sí" en todas las afirmaciones.

1. El evento calificador implicó un despido involuntario o una reducción de horas.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. Elegí (o elijo) la continuación de cobertura COBRA.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. NO soy elegible para la cobertura de otro plan médico grupal (o no era elegible para la cobertura de otro plan médico grupal durante el período para el que solicito la asistencia para primas).	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. NO soy elegible para Medicare (o no era elegible para Medicare durante el período para el que solicito la asistencia para primas).	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Elijo ejercer mi derecho a recibir la asistencia para primas conforme el ARP y certifico que cumplo con todos los requisitos para el tratamiento como un Individuo elegible para la asistencia. A mi leal saber y entender, todas las respuestas que he proporcionado en este formulario son verdaderas y correctas.

Firma _____ → Fecha _____ →

Escriba su nombre a máquina o con letra de molde → _____ Relación con el empleado → _____

PARA EL USO EXCLUSIVO DEL PLAN O DEL EMPLEADOR

Esta solicitud es: Aprobada Denegada Especifique el motivo en n.º 3 abajo y reenvíe una copia de este formulario al solicitante.

MOTIVO DE LA DENEGACIÓN DEL TRATAMIENTO COMO INDIVIDUO ELEGIBLE PARA LA ASISTENCIA

1. La renuncia al empleo fue voluntaria.	<input type="checkbox"/>
2. El individuo no sufrió una reducción de horas.	<input type="checkbox"/>
3. El individuo no eligió la cobertura de COBRA.	<input type="checkbox"/>
4. Otro (explicar)	<input type="checkbox"/>

Firma del empleador, el administrador del plan u otra parte responsable de la administración de COBRA para el Plan.

→ _____ Fecha → _____

Escriba su nombre a máquina o con letra de molde → _____

Número de teléfono → _____ Correo electrónico → _____

Para más asistencia, contacte a la Administración de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo al 1-866-444-3272 o en <https://www.askebsa.dol.gov/WebIntake>.

INFORMACIÓN DEL DEPENDIENTE (El padre o tutor debe firmar por los hijos menores)

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

a. _____

1. Elegí (o elijo) la continuación de cobertura COBRA.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. NO soy elegible para la cobertura del plan médico 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 calificador implicó una reducción de horas o un despido involuntario.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Elijo ejercer mi derecho a recibir la asistencia para primas conforme al ARP. A mi leal saber y entender, todas las respuestas que he proporcionado en este formulario son verdaderas y correctas.

Firma → _____ Fecha → _____

Escriba su nombre a máquina o con letra de molde → _____ Relación con el empleado → _____

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

b. _____

1. Elegí (o elijo) la continuación de cobertura COBRA.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. NO soy elegible para la cobertura del plan médico 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 calificador implicó una reducción de horas o un despido involuntario.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Elijo ejercer mi derecho a recibir la asistencia para primas conforme al ARP. A mi leal saber y entender, todas las respuestas que he proporcionado en este formulario son verdaderas y correctas.

Firma → _____ Fecha → _____

Escriba su nombre a máquina o con letra de molde → _____ Relación con el empleado → _____

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

c. _____

1. Elegí (o elijo) la continuación de cobertura COBRA.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. NO soy elegible para la cobertura del plan médico 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 calificador implicó una reducción de horas o un despido involuntario.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Elijo ejercer mi derecho a recibir la asistencia para primas conforme al ARP. A mi leal saber y entender, todas las respuestas que he proporcionado en este formulario son verdaderas y correctas.

Firma → _____ Fecha → _____

Escriba su nombre a máquina o con letra de molde → _____ Relación con el empleado → _____

Este formulario está diseñado para que los planes se lo distribuyan a los beneficiarios calificados de COBRA que no pagan primas conforme al ARP, para que puedan notificarle al plan si adquieren elegibilidad para la cobertura de otro plan médico grupal o Medicare.

Utilice este formulario para notificarle al plan que es elegible para la cobertura de otro plan médico grupal o Medicare y, por lo tanto, no es elegible para la asistencia para primas bajo el ARP.

Notificación del participante

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre y dirección postal

Número de teléfono

Dirección de correo electrónico (opcional)

INFORMACIÓN SOBRE LA NO ELEGIBILIDAD PARA LA ASISTENCIA PARA PRIMAS. Elija una opción

Soy elegible para recibir la cobertura de otro plan médico grupal.
Escriba los nombres de los dependientes que también sean elegibles abajo:

Escriba la fecha en que adquirió la elegibilidad _____

Soy elegible para Medicare.

Escriba la fecha en que adquirió la elegibilidad _____

IMPORTANTE

Si adquiere la elegibilidad para la cobertura de otro plan médico grupal o Medicare, pero no le notifica a su plan Y sigue recibiendo la asistencia para primas de COBRA, deberá pagar una multa de 250 dólares (o, si el incumplimiento es fraudulento, el monto mayor entre 250 dólares o el 110% de la asistencia para primas provista después de finalizada la elegibilidad). Si el motivo por el que no notificó al plan es razonable y no un incumplimiento deliberado, no deberá pagar la multa.

La elegibilidad para otra cobertura se determina independientemente de si la acepta o la rechaza.

Sin embargo, la elegibilidad para la cobertura no incluye el tiempo transcurrido en un período de espera.

A mi leal saber y entender, todas las respuestas que he proporcionado en este Formulario son verdaderas y correctas.

Firma → _____ Fecha → _____

Escriba su nombre a máquina o con letra de molde → _____

Si es elegible para la cobertura bajo otro plan médico grupal y ese plan cubre a los dependientes, también debe escribir sus nombres aquí:
