

## Aviso Elección Alternativo de Continuación de Cobertura de ARP

Esta notificación contiene información importante sobre sus derechos relacionados con la continuación de la cobertura de atención médica en el plan de salud de su empleador (*el Plan*) y otras opciones de cobertura médica que pueden estar disponibles para usted, incluida la cobertura a través de Medicaid o de Health Insurance Marketplace<sup>®1</sup>. Para inscribirse a una cobertura de Marketplace, visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596 (TTY: 1-855-889-4325). En la mayoría de los estados, se usa [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) para solicitar e inscribirse en la cobertura médica; si su estado tiene su propia plataforma de Marketplace, puede encontrar información de contacto aquí: [www.HealthCare.gov/marketplace-in-your-state/](http://www.HealthCare.gov/marketplace-in-your-state/).

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 WGAT al (888) 464-8837.

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

El Plan de Rescate Estadounidense de 2021 (ARP) provee asistencia temporal para primas para la continuación de cobertura COBRA y, si el empleador elige ofrecer la posibilidad, una oportunidad para cambiarse a otra opción de plan médico que ofrezca el empleador. La asistencia para primas está disponible para determinados individuos que sean elegibles para una continuación de cobertura COBRA por un evento calificador que sea una reducción de horas o un despido involuntario. 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 prolonga su continuación de cobertura COBRA después de esa fecha, deberá pagar el monto total.

Para determinar si es elegible para la asistencia para primas de COBRA conforme al ARP, lea con atención esta notificación y el documento adjunto titulado "Resumen de las disposiciones sobre la asistencia para las primas de COBRA conforme al Plan de Rescate Estadounidense de 2021". **Si considera que califica para elegir la continuación de cobertura COBRA con asistencia temporal para primas, complete la "Solicitud de tratamiento como individuo elegible para la asistencia" y reenvíelo al plan médico con su Formulario de elección completado.**

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

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

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Renuncia voluntaria al trabajo   | <input type="checkbox"/> Reducción de horas laborales             |
| <input type="checkbox"/> Despido involuntario del trabajo | <input type="checkbox"/> Divorcio o separación legal              |
| <input type="checkbox"/> Muerte del empleado              | <input type="checkbox"/> Pérdida de condición de hijo dependiente |
| <input type="checkbox"/> Derecho a Medicare               |   |

Cada persona en las categorías enumeradas a continuación tiene derecho a elegir la continuación de la cobertura, que continuará con la cobertura de atención médica grupal bajo el Plan por hasta 18 meses.

- Empleado o ex empleado

---

<sup>1</sup> Health Insurance Marketplace<sup>®</sup> es una marca de servicio registrada del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

- Cónyuge o ex cónyuge
- Hijos dependientes cubiertos por el Plan el día anterior al evento que causó la pérdida de cobertura
- Hijo que pierde la cobertura del Plan porque ya no es dependiente del Plan

Consulte el aviso en inglés que recibió por correo para conocer las fechas de elegibilidad de la continuación de la cobertura, las opciones de cobertura y el costo.

Además, según el ARP, es posible que tenga derecho a cambiar a opciones de cobertura adicionales en las que no estaba inscrito anteriormente. Consulte la versión en inglés de este aviso para conocer las opciones de cobertura disponibles. Para cambiar la (s) opción (es) de cobertura para su continuación de cobertura de COBRA a algo diferente de lo que tenía el último día de empleo o antes de su reducción de horas, complete el "Formulario para cambiar las opciones de beneficios de continuación de cobertura de COBRA" y devuélvanoslo. . . Para ser elegible para la asistencia con las primas, la cobertura diferente debe costar lo mismo o menos que la cobertura que tenía la persona en el momento del evento que califica; ofrecerse a empleados activos en situación similar; y no puede limitarse únicamente a los beneficios exceptuados, un arreglo de reembolso de salud de empleador pequeño calificado (QSEHRA) o un arreglo de gastos flexibles de salud (FSA).

Si califica como "Persona Elegible Para Recibir Asistencia", el costo de la continuación de la cobertura se considerará pagado en su totalidad desde el 1 de abril de 2021 hasta el 30 de septiembre de 2021. No tiene que enviar ningún pago con el Formulario de Elección. En las páginas que siguen al formulario de elección se incluye información adicional importante sobre el pago de la continuación de la cobertura.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o sus derechos a la continuación de la cobertura, debe comunicarse con Western Growers Assurance Trust, 15525 Sand Canyon Ave., Irvine CA 92618, o llame al (888) 464-8837.

## **Información Importante Sobre Sus Derechos de Continuación de Cobertura**

### **¿Qué es la continuación de cobertura COBRA?**

La ley estatal requiere que la mayoría de las coberturas de seguro médico grupal (incluida esta cobertura) brinden a los empleados y sus familias la oportunidad de continuar con su cobertura cuando hay un "evento calificativo" que podría resultar en la pérdida de la cobertura bajo el plan de un empleador. Dependiendo del tipo de evento calificativo, los "beneficiarios calificados" pueden incluir al empleado cubierto por el plan de salud grupal, el cónyuge del empleado cubierto y los hijos dependientes del empleado cubierto.

La continuación de cobertura COBRA es la misma que el Plan les da a otros participantes o beneficiarios que no reciben la continuación de cobertura. Cada "beneficiario calificado" (descrito abajo) que elija la continuación de cobertura COBRA tendrá los mismos derechos bajo el Plan que otros participantes o beneficiarios cubiertos por el Plan.

### **¿Cuánto tiempo durará la continuación de la cobertura?**

For the start and end dates of continuation coverage, please refer to the corresponding English language notice you received in the mail. If your qualifying event was the employee's reduction in hours or involuntary termination of employment, you may be eligible for ARP premium assistance from the earlier of April 1, 2021 or the date of the qualifying event through September 30, 2021.

## **¿Cómo puede elegir la continuación de la cobertura?**

Para elegir la continuación de la cobertura, debe completar el Formulario de Elección y proporcionarlo de acuerdo con las instrucciones del formulario.

Al considerar si elige la continuación de la cobertura, debe tener en cuenta que la falta de continuación de 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 médica grupal debido al evento calificativo mencionado anteriormente. También tendrá el mismo derecho de inscripción especial al final de la continuación de la cobertura si obtiene la continuación de la cobertura durante el tiempo máximo disponible para usted.

## **¿Cuánto cuesta la continuación de cobertura COBRA?**

Si elige la continuación de la cobertura, se le pedirá que pague el costo total, más una tarifa administrativa equivalente al 2% de la prima total.

El ARP reduce las primas de COBRA a cero en algunos casos. La asistencia para la prima está disponible para ciertas personas que experimentan un evento calificativo 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 la cobertura que de otro modo le correspondería al emisor. Esta asistencia con la prima 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 las Disposiciones de Asistencia para la Prima COBRA bajo la Ley del Plan de Rescate Americano 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 la prima, es posible que califique para un período de inscripción especial para inscribirse en la cobertura a través del Health Insurance Marketplace® (consulte la sección sobre “otras opciones de cobertura” a continuación).

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

Después de realizar su primer pago para la continuación de la cobertura, deberá realizar pagos periódicos para cada período de cobertura siguiente. Los pagos periódicos se pueden realizar mensualmente. Si realiza un pago periódico en o antes del primer día del período de cobertura al que se aplica, su cobertura bajo el Plan continuará durante ese período de cobertura sin interrupción. El plan no enviará avisos periódicos de pagos adeudados para estos períodos de cobertura.

Puede contactar Western Growers Assurance Trust al (888) 464-8837 para confirmar la cantidad correcta de su pago o para tratar problemas de pago relacionados con la asistencia con la prima.

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

Western Growers Assurance Trust  
Lockbox 54914  
Los Angeles, CA 90074-4914

## **¿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 Marketplace, Medicare u otras opciones de cobertura de planes médicos grupales (como el plan para cónyuges) mediante lo que se denomina "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 médica 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 (QSEHRA) o un acuerdo de gastos médicos flexibles (FSA)), 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, como un plan a través de Marketplace, o si tiene Medicaid, puede calificar para la asistencia para primas del ARP si elige la continuación de cobertura COBRA. 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. Más información está disponible en Western Growers Assurance Trust al (888) 464-8837.

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

Para obtener más información sobre sus derechos según la ley estatal, llame al (888) 466-2219 (California) o (800) 325-2548 (Arizona).

### **Mantenga a Su Plan Informado Sobre Los Cambios de Dirección**

Para proteger sus derechos y los de su familia, debe mantener a Western Growers Assurance Trust informado 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 Western Growers Assurance Trust.

## Formulario de Elección de Continuación de la Cobertura

**Instrucciones:** Para elegir la continuación de cobertura, complete este formulario de elección y envíenoslo. Según a la ley, tiene 60 días después de la fecha de esta notificación para decidir si desea elegir la continuación de cobertura.

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. Sin embargo, si cambia su decisión después de haber rechazado la continuación de cobertura COBRA, su cobertura comenzará en la fecha que envíe el Formulario de elección completado.

Lea la información importante sobre sus derechos incluida 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 (si procede)

**Instrucciones:** Para cambiar la (s) opción (es) de beneficios para su continuación de cobertura a algo diferente de lo que tenía el último día de cobertura, complete este formulario y envíenoslo. Según la ley federal, tiene 90 días después de la fecha de este aviso para decidir si desea cambiar las 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:

Yo (nosotros) elijo (elegimos) seguir con (el Plan) de la continuación de cobertura en el Plan que se indica a continuación:

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