

Ventanas Vinylmax

Avisos legales importantes



Si usted (y/o sus dependientes) tienen Medicare o serán elegibles para Medicare en los próximos 12 meses, una ley federal le brinda más opciones sobre su cobertura de medicamentos recetados. Por favor, consulte la página 10 para obtener más detalles.



AVISO IMPORTANTE: Este documento se proporciona para ayudar a los empleadores a comprender las obligaciones de cumplimiento de Salud y Bienestar planes de beneficios, pero es posible que no tenga en cuenta todas las circunstancias relevantes para un plan o situación en particular. No es exhaustivo y no sustituye el asesoramiento legal.

Avisos legales importantes que afectan la cobertura de su plan de salud

LA LEY DE DERECHOS SOBRE EL CÁNCER EN LA SALUD DE LA MUJER DE 1998 (WHCRA,

Si se ha sometido o se va a someter a una mastectomía, es posible que tenga derecho a ciertos beneficios en virtud de la Ley de Derechos de la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998 (WHCRA, por sus siglas en inglés). Para las personas que reciben beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se proporcionará de la manera que se determine en consulta con el médico tratante y la paciente, para:

- Todas las etapas de la reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir una apariencia simétrica;
- Prótesis; y
- Tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluso linfedema.

Estos beneficios se proporcionarán sujetos a los mismos deducibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados en virtud de este plan. Por lo tanto, se aplican los siguientes deducibles y coseguros:

Deducible (individual/familiar): Plan **PPO** \$4,000 / \$8,000 Plan **HDHP** \$5,000 / \$10,000

Coseguro (dentro y fuera de la red): Plan **PPO** 70% / 50% Plan **HDHP** 80% / 50%

DIVULGACIÓN DE LA LEY DE RECIÉN NACIDOS - FEDERAL

Los planes de salud grupales y los emisores de seguros de salud generalmente no pueden, según la ley federal, restringir los beneficios por la duración de la estadía en el hospital en relación con el parto de la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe que el proveedor que atiende a la madre o al recién nacido, después de consultar con la madre, dé de alta a la madre o a su recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, los planes y los emisores no pueden, según la ley federal, exigir que un proveedor obtenga la autorización del plan o del emisor del seguro para prescribir una duración de la estadía que no exceda las 48 horas (o 96 horas).

AVISO DE DERECHOS ESPECIALES DE INSCRIPCIÓN

Si está rechazando la inscripción para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a otro seguro de salud o cobertura de plan de salud grupal, es posible que pueda inscribirse a sí mismo y a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir a su otra cobertura o a la de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores a que finalice su otra cobertura o la de sus dependientes (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).

Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción, es posible que pueda inscribirse a sí mismo y a sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Además, si rechaza la inscripción para usted o sus dependientes elegibles (incluido su cónyuge) mientras la cobertura de Medicaid o la cobertura de un programa estatal de CHIP está vigente, es posible que pueda inscribirse a sí mismo y a sus dependientes en este plan si:

- se pierde la cobertura de Medicaid o de un programa estatal de CHIP; o
- usted o sus dependientes son elegibles para un subsidio de asistencia para la prima del Estado.

En cualquier caso, debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la pérdida de la cobertura o a la fecha en que sea elegible para recibir asistencia con las primas.

Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, comuníquese con la persona que aparece al final de este resumen.

DECLARACIÓN DE DERECHOS ERISA

Como participante en el Plan, usted tiene derecho a ciertos derechos y protecciones en virtud de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 ("ERISA"). ERISA establece que todos los participantes tendrán derecho a:

Reciba información sobre su plan y beneficios

- Examinar, sin cargo, en la oficina del Administrador del Plan y en otros lugares especificados, el Plan y los documentos del Plan, incluido el contrato de seguro y copias de todos los documentos presentados por el Plan ante el Departamento de Trabajo de los EE. UU., si los hubiera, como los informes anuales y las descripciones del Plan.
- Obtener copias de los documentos del Plan y otra información del Plan previa solicitud por escrito al Administrador del Plan. El Administrador del Plan puede cobrar un cargo razonable por las copias.
- Recibir un resumen del informe financiero anual del Plan, si así lo requiere ERISA. El Administrador del Plan está obligado por ley a proporcionar a cada participante una copia de este informe anual resumido, si lo hubiera.

Continuar con la cobertura del plan de salud grupal

Si corresponde, puede continuar con la cobertura de atención médica para usted, su cónyuge o sus dependientes si hay una pérdida de cobertura bajo el plan como resultado de un evento calificado. Es posible que usted y sus dependientes tengan que pagar por dicha cobertura. Revise la descripción resumida del plan y los documentos que rigen el Plan para conocer las reglas sobre la continuación de los derechos de cobertura de COBRA.

Acciones prudentes de los fiduciarios del plan

Además de crear derechos para los participantes, ERISA impone deberes a las personas que son responsables de la operación del Plan. Estas personas, llamadas "fiduciarios" del Plan, tienen el deber de operar el Plan con prudencia y en interés de usted y de otros participantes del Plan.

Nadie, incluida la Compañía o cualquier otra persona, puede despedirlo o discriminarlo de ninguna manera para evitar que obtenga beneficios de bienestar o ejerza sus derechos bajo ERISA.

Haga valer sus derechos

Si su solicitud de un beneficio de asistencia social es denegada en su totalidad o en parte, debe recibir una explicación por escrito de la razón de la denegación. Usted tiene derecho a que el Plan revise y reconsidere su reclamo.

Bajo ERISA, hay pasos que puede seguir para hacer valer estos derechos. Por ejemplo, si solicita materiales al Administrador del Plan y no los recibe dentro de los 30 días, puede presentar una demanda en un tribunal federal. En tal caso, el tribunal puede requerir que el Administrador del Plan proporcione los materiales y le pague hasta \$110 por día, hasta que reciba los materiales, a menos que los materiales no se hayan enviado debido a razones fuera del control del Administrador del Plan. Si tiene una reclamación de beneficios que es denegada o ignorada, en su totalidad o en parte, y ha agotado los procedimientos de reclamación disponibles en virtud del Plan, puede presentar una demanda en un tribunal estatal o federal. Si sucediera que los fiduciarios del Plan hicieran un mal uso del dinero del Plan, o si usted es discriminado por hacer valer sus derechos, puede buscar ayuda del Departamento de Trabajo de los EE. UU., o puede presentar una demanda en un tribunal federal. El tribunal decidirá quién debe pagar las costas judiciales y los honorarios legales. Si tiene éxito, el tribunal puede ordenar a la persona a la que ha demandado que pague estos costos y

honorarios. Si pierde (por ejemplo, si la corte determina que su reclamo es frívolo), la corte puede ordenarle que pague estos costos y honorarios.

Asistencia con sus preguntas

Si tiene alguna pregunta sobre su Plan, esta declaración o sus derechos en virtud de ERISA, debe comunicarse con la oficina más cercana de la Administración de Seguridad y Beneficios para Empleados, Departamento de Trabajo de EE. UU., que figura en su directorio telefónico o con la División de Asistencia Técnica y Consultas, Administración de Seguridad y Beneficios para Empleados, Departamento de Trabajo de EE. UU., 200 Constitution Avenue N.W., Washington, D.C. 20210.

INFORMACIÓN DE CONTACTO

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Las preguntas relacionadas con esta información pueden dirigirse a:

Sylvia McGuire
2921 Corte McBride
Hamilton, Ohio 45011
513-772-2247
sylvia@vinylmax.com

Si lo recibe electrónicamente, usted es responsable de proporcionar una copia de este aviso a cualquier dependiente elegible para la Parte D de Medicare que esté cubierto por el plan de salud grupal.

Aviso importante de Vinylmax windows sobre su cobertura de medicamentos recetados y Medicare

Por favor, lea atentamente este aviso y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados con **ventanas Vinylmax** y sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarle a decidir si desea o no inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si está considerando inscribirse, debe comparar su cobertura actual, incluidos los medicamentos que están cubiertos y a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su área. La información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados se encuentra al final de este aviso.

Hay dos cosas importantes que debe saber sobre su cobertura actual y la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

- 1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare estuvo disponible en 2006 para todas las personas con Medicare. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare o en un plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) que ofrece cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare proporcionan al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.**
- 2. Vinylmax Windows ha determinado que se espera que la cobertura de medicamentos recetados ofrecida por el plan de atención médica de United, en promedio para todos los participantes del plan, pague tanto como paga la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y, por lo tanto, se considera cobertura acreditable. Debido a que su cobertura actual es una cobertura acreditable, puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una multa) si más adelante decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.**

¿Cuándo puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

Puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare cuando sea elegible por primera vez para Medicare y cada año desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

Sin embargo, si pierde su cobertura actual de medicamentos recetados acreditable, por causas ajenas a su voluntad, también será elegible para un Período de Inscripción Especial (SEP) de dos (2) meses para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-0990. Se estima que el tiempo requerido para completar esta recopilación de información es de un promedio de 8 horas por respuesta inicialmente, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la exactitud de las estimaciones de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

MODELO DE LENGUAJE DEL AVISO DE DIVULGACIÓN DE COBERTURA ACREDITABLE INDIVIDUAL
PARA USO A PARTIR DEL 1 DE ABRIL DE 2011

¿Qué sucede con su cobertura actual si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura actual de Vinylmax Windows se verá afectada.

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y cancelar su cobertura actual de Vinylmax Windows, tenga en cuenta que usted y sus dependientes podrán recuperar esta cobertura

¿Cuándo pagará una prima más alta (multa) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

También debe saber que si cancela o pierde su cobertura actual con [Inserte el nombre de la entidad] y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días continuos posteriores a la finalización de su cobertura actual, puede pagar una prima más alta (una multa) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si pasa 63 días continuos o más sin cobertura acreditable de medicamentos recetados, su prima mensual puede aumentar en al menos un 1% de la prima base del beneficiario de Medicare por mes por cada mes que no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima puede ser consistentemente al menos un 19% más alta que la prima base del beneficiario de Medicare. Es posible que tenga que pagar esta prima más alta (una multa) siempre y cuando tenga cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que tengas que esperar hasta el siguiente mes de octubre para unirte.

Para obtener más información sobre este aviso o su cobertura actual de medicamentos recetados...

Póngase en contacto con la persona que se indica a continuación para obtener más información. **NOTA:** Recibirá este aviso todos los años. También lo obtendrá antes del próximo período, puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, y si esta cobertura a través de Vinylmax Windows cambia. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para obtener más información sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare...

Información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados se encuentra en el manual "Medicare y usted". Recibirá una copia del manual por correo todos los años de

Medicare. También es posible que los planes de medicamentos de Medicare se comuniquen con usted directamente.

Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

- Visita www.medicare.gov
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (consulte la contraportada interior de su copia del manual "Medicare y usted" para obtener su número de teléfono) para obtener ayuda personalizada
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene ingresos y recursos limitados, hay ayuda adicional disponible para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite el sitio web del Seguro Social en www.socialsecurity.gov, o llámelos al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Recuerde: Guarde este aviso de cobertura acreditable. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que deba proporcionar una copia de este aviso cuando se inscriba para demostrar si ha mantenido o no una cobertura acreditable y, por lo tanto, si debe o no pagar una prima más alta (una multa).

Fecha: 01/ 01/2023
Nombre de la entidad/remitente: Vinylmax Windows
Contacto--Cargo/Oficina: Sylvia McGuire
Dirección: 2921 McBride Court, Hamilton, Ohio 45011
Número de teléfono: 513-772-2247

Formulario CMS 10182-CC actualizado el 1 de abril de 2011

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-0990. Se estima que el tiempo requerido para completar esta recopilación de información es de un promedio de 8 horas por respuesta inicialmente, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la exactitud de las estimaciones de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

**Asistencia para las primas de Medicaid y el
Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés)**

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y son elegibles para la cobertura de salud de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia para el pago de primas que puede ayudar a pagar la cobertura, utilizando fondos de sus programas de Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no serán elegibles para estos programas de asistencia para primas, pero es posible que puedan comprar cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información, visite www.healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y viven en uno de los estados que se enumeran a continuación, comuníquese con su oficina estatal de Medicaid o CHIP para averiguar si hay asistencia disponible para las primas.

Si usted o sus dependientes NO están actualmente inscritos en Medicaid o CHIP, y cree que usted o cualquiera de sus dependientes podrían ser elegibles para cualquiera de estos programas, comuníquese con su oficina estatal de Medicaid o CHIP o marque **1-877-KIDS NOW** o www.insurekidsnow.gov para averiguar cómo presentar una solicitud. Si reúne los requisitos, pregunte a su estado si tiene un programa que pueda ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir asistencia con las primas de Medicaid o CHIP, así como para el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan de su empleador si aún no está inscrito. Esto se denomina oportunidad de "inscripción especial" y **debe solicitar cobertura dentro de los 60 días posteriores a la determinación de que es elegible para recibir asistencia con las primas**. Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo al www.askebsa.dol.gov o llame al **1-866-444-EBSA (3272)**.

Si vive en uno de los siguientes estados, puede ser elegible para recibir asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de julio de 2023. Póngase en contacto con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad.

ALABAMA – Medicaid	ALASKA – Medicaid
Sitio web: http://myalhipp.com/ Teléfono: 1-855-692-5447	El Programa de Pago de Primas de Seguro de Salud de AK Sitio web: http://myakhipp.com/ Teléfono: 1-866-251-4861 Correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad para Medicaid: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx
ARKANSAS – Medicaid	CALIFORNIA – Medicaid
Sitio web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Sitio web del Programa de Pago de Primas de Seguro Médico (HIPP): http://dhcs.ca.gov/hipp Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov
COLORADO – Health First Colorado (Programa de Medicaid de Colorado) y Plan de Salud Infantil Plus (CHP+)	FLORIDA – Medicaid

<p>Sitio web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/ Centro de contacto para miembros de Health First Colorado: 1-800-221-3943/Retransmisión Estatal 711 CHP+: https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus Servicio al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/State Relay 711 Programa de compra de seguro médico (HIBI): https://www.mycohibi.com/ Servicio al cliente de HIBI: 1-855-692-6442</p>	<p>Sitio web: https://www.flmedicaidtplrecovery.com/flmedicaidtplrecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268</p>
--	--

GEORGIA – Medicaid	INDIANA – Medicaid
<p>Sitio web de GA HIPP: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162, Presione 1 Sitio web de GA CHIPRA: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Teléfono: 678-564-1162, Presione 2</p>	<p>Healthy Indiana Plan para adultos de bajos ingresos de 19 a 64 años Sitio web: http://www.in.gov/fssa/hip/ Teléfono: 1-877-438-4479 Todos los demás Medicaid Sitio web: https://www.in.gov/medicaid/ Teléfono: 1-800-457-4584</p>
IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)	KANSAS – Medicaid
<p>Sitio web de Medicaid: https://dhs.iowa.gov/ime/members Medicaid Teléfono: 1-800-338-8366 Sitio web de Hawki: http://dhs.iowa.gov/Hawki Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563 Sitio web de HIPP: https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp Teléfono de HIPP: 1-888-346-9562</p>	<p>Sitio web: https://www.kancare.ks.gov/ Teléfono: 1-800-792-4884 Teléfono de HIPP: 1-800-967-4660</p>
KENTUCKY – Medicaid	LOUISIANA – Medicaid
<p>Sitio web del Programa Integrado de Pago de Primas de Seguro de Salud de Kentucky (KI-HIPP): https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Teléfono: 1-855-459-6328 Correo electrónico: KIHIPP.PROGRAM@ky.gov Sitio web de KCHIP: https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-877-524-4718 Sitio web de Medicaid de Kentucky: https://chfs.ky.gov/agencies/dms</p>	<p>Sitio web: www.medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)</p>
MAINE – Medicaid	MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP

<p>Sitio web de inscripción: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Relevo 711 de Maine Página web de primas de seguros de salud privados: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-977-6740 TTY: Relevo 711 de Maine</p>	<p>Sitio web: https://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840 TTY: 711 Correo electrónico: masspreassistance@accenture.com</p>
MINNESOTA – Medicaid	MISSOURI – Medicaid
<p>Sitio web: https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp Teléfono: 1-800-657-3739</p>	<p>Sitio web: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005</p>
MONTANA – Medicaid	NEBRASKA – Medicaid
<p>Sitio web: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084 Correo electrónico: HSHIPPProgram@mt.gov</p>	<p>Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178</p>

NEVADA – Medicaid	NEW HAMPSHIRE – Medicaid
<p>Sitio web de Medicaid: http://dhcfs.nv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900</p>	<p>Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Teléfono: 603-271-5218 Número gratuito para el programa HIPP: 1-800-852-3345, ext. 5218</p>
NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP	NUEVA YORK – Medicaid
<p>Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/DMAHS/Clientes/Medicaid/ Teléfono de Medicaid: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710</p>	<p>Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831</p>
CAROLINA DEL NORTE – Medicaid	DAKOTA DEL NORTE – Medicaid
<p>Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov/ Teléfono: 919-855-4100</p>	<p>Sitio web: https://www.hhs.nd.gov/healthcare Teléfono: 1-844-854-4825</p>
OKLAHOMA – Medicaid y CHIP	OREGÓN – Medicaid
<p>Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742</p>	<p>Sitio web: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-800-699-9075</p>
PENNSYLVANIA – Medicaid y CHIP	RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP
<p>Sitio web: https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Program.aspx</p>	<p>Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 1-855-697-4347, o 401-462-0311 (Línea de Acciones de Renta Directa)</p>

<p>Teléfono: 1-800-692-7462 Sitio web de CHIP: Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés) (pa.gov) Teléfono CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)</p>	
CAROLINA DEL SUR – Medicaid	DAKOTA DEL SUR - Medicaid
<p>Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820</p>	<p>Sitio web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059</p>
TEXAS – Medicaid	UTAH – Medicaid y CHIP
<p>Sitio web: Programa de Pago de Primas de Seguro Médico (HIPP) Salud y Servicios Humanos de Texas Teléfono: 1-800-440-0493</p>	<p>Sitio web de Medicaid: https://medicaid.utah.gov/ Sitio web de CHIP: http://health.utah.gov/chip Teléfono: 1-877-543-7669</p>
VERMONT – Medicaid	VIRGINIA – Medicaid y CHIP
<p>Sitio web: Programa de Pago de Primas de Seguro Médico (HIPP) Acceso a la salud del Departamento de Vermont Teléfono: 1-800-250-8427</p>	<p>Sitio web: https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs Medicaid/CHIP Teléfono: 1-800-432-5924</p>
WASHINGTON – Medicaid	VIRGINIA OCCIDENTAL – Medicaid y CHIP
<p>Sitio web: https://www.hca.wa.gov/ Teléfono: 1-800-562-3022</p>	<p>Sitio web: https://dhhr.wv.gov/bms/ http://mywvhipp.com/ Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 Teléfono gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)</p>
WISCONSIN – Medicaid y CHIP	WYOMING – Medicaid
<p>Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002</p>	<p>Sitio web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Teléfono: 1-800-251-1269</p>

Para ver si otros estados han agregado un programa de asistencia para el pago de la prima desde el 31 de julio de 2023, o para obtener más información sobre los derechos especiales de inscripción, comuníquese con:

EE.UU. Departamento de Trabajo U.S. Departamento de Salud y Servicios Humanos
Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
www.dol.gov/agencies/ebsa www.cms.hhs.gov
1-866-444-EBSA (3272) 1-877-267-2323, opción de menú 4, ext . 61565

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Pub. L. 104-13) (PRA), ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que dicha recopilación muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El Departamento señala que una agencia federal no puede llevar a cabo o patrocinar una recopilación de información a menos que sea aprobada por la OMB en virtud de la PRA, y muestre un número de control de la OMB actualmente válido, y el público no está obligado a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control de la OMB actualmente válido. Véase 44 U.S.C. Artículo 3507. Además, sin perjuicio de cualquier otra

disposición de la ley, ninguna persona estará sujeta a sanciones por no cumplir con una recopilación de información si la recopilación de información no muestra un número de control de la OMB actualmente válido. Véase 44 U.S.C. Artículo 3512.

Se estima que la carga de información pública para esta recopilación de información es de aproximadamente siete minutos por encuestado. 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, a los EE. UU. Departamento de Trabajo, Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados, Oficina de Políticas e Investigación, Atención: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210 o envíe un correo electrónico a ebesa.opr@dol.gov y haga referencia al número de control de la OMB 1210-0137.

Número de control de la OMB 1210-0137 (vence el 1/31/2026)



Nuevo Salud Seguro Mercado Cobertura Opciones y su cobertura de salud

Formulario aprobado
OMB No. 1210-0149
(expira 8-31-2023)

PARTE A: Información general

Cuando partes clave de la ley de salud entren en vigor en 2014, habrá una nueva forma de comprar un seguro de salud: el Mercado de Seguros de Salud. Para ayudarle a evaluar las opciones para usted y su familia, este aviso proporciona información básica sobre el nuevo Mercado y la cobertura de salud basada en el empleo que ofrece su empleador.

¿Qué es el Mercado de Seguros Médicos?

El Mercado está diseñado para ayudarle a encontrar un seguro de salud que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El Mercado ofrece una "ventanilla única" para encontrar y comparar opciones de seguro médico privado. También puede ser elegible para un nuevo tipo de crédito fiscal que reduce su prima mensual de inmediato. La inscripción abierta para la cobertura de seguro médico a través del Mercado comienza en octubre de 2013 para la cobertura a partir del 1 de enero de 2014.

¿Puedo ahorrar dinero en las primas de mi seguro médico en el Mercado?

Es posible que califique para ahorrar dinero y reducir su prima mensual, pero solo si su empleador no ofrece cobertura u ofrece cobertura que no cumple con ciertos estándares. Los ahorros en su prima para los que es elegible dependen de los ingresos de su hogar.

¿La cobertura de salud del empleador afecta la elegibilidad para los ahorros en las primas a través del Mercado?

Sí. Si tiene una oferta de cobertura de salud de su empleador que cumple con ciertos estándares, no será elegible para un crédito fiscal a través del Mercado y es posible que desee inscribirse en el plan de salud de su empleador. Sin embargo, usted puede ser elegible para un crédito tributario que reduce su prima mensual, una reducción en ciertos costos compartidos si su empleador no le ofrece cobertura en absoluto o no ofrece cobertura que cumpla con ciertos estándares. Si el costo de un plan de su empleador que lo cubriría a usted (y no a ningún otro miembro de su familia) es más del 9.5% de los ingresos de su hogar para el año, o si la cobertura que proporciona su empleador no cumple con el estándar de "valor mínimo" establecido por la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, puede ser elegible para un crédito fiscal.¹

Nota: Si compra un plan de salud a través del Mercado en lugar de aceptar la cobertura de salud ofrecida por su empleador, entonces puede perder la contribución del empleador (si la hubiera) a la cobertura ofrecida por el empleador. Además, esta contribución del empleador, así como la contribución de su empleado a la cobertura ofrecida por el empleador, a menudo se excluye de los ingresos para fines del impuesto sobre la renta federal y estatal. Sus pagos por cobertura a través del Mercado se realizan después de impuestos.

¿Cómo puedo obtener más información?

Para obtener más información sobre la cobertura que ofrece su empleador, consulte la descripción resumida de su plan o comuníquese con

El Mercado puede ayudarle a evaluar sus opciones de cobertura, incluyendo su elegibilidad para la cobertura a través del Mercado y su costo. Visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) para obtener más información, incluida una solicitud en línea para la cobertura de seguro médico e información de contacto de un Mercado de Seguros Médicos en su área.

¹ Un **plan de** salud patrocinado por el empleador cumple con el "estándar de valor mínimo" si la participación del **plan** en **el total de los costos de** beneficios permitidos cubiertos **por** el plan no es inferior **al** 60 por ciento de dichos costos.

PARTE B: Información sobre la cobertura de salud ofrecida por su empleador

Esta sección contiene información sobre cualquier cobertura de salud ofrecida por su empleador. Si decide completar una solicitud de cobertura en el Mercado, se le pedirá que proporcione esta información. Esta información está numerada para corresponder a las aplicaciones de Marketplace

3. Employer name Vinylmax Windows		4. Employer Identification Number (EIN) 31-1564962	
5. Employer address 2921 McBride Court		6. Employer phone number 513-772-2247	
7. City Hamilton	8. State OH	9. ZIP code 45011	
10. Who can we contact about employee health coverage at this job? Sylvia McGuire			
11. Phone number (if different from above)		12. Email address sylvia@vinylmax.com	

Aquí hay información básica sobre la cobertura de salud que ofrece este empleador:

- Como su empleador, ofrecemos un plan de salud para:

Todos los empleados. Los empleados elegibles son:

Alguno Empleados. EEmpleados elegibles son:

Empleados a tiempo completo que trabajan 30 o más horas a la semana

- Con respecto a las personas dependientes:

Ofrecemos cobertura. Dependientes elegibles son:

Cónyuge elegible

Hijos dependientes hasta los 26 años

No ofrecemos cobertura.

Si comprobado, esta cobertura cumple con los requisitos estándar de valor mínimo, y el costo de esta cobertura para usted está destinado a ser asequible, basado en los salarios de los empleados.

**Incluso si su empleador tiene la intención de que su cobertura sea asequible, aún puede ser elegible para un descuento en la prima a través del Mercado. El Mercado utilizará los ingresos de su hogar, junto con otros factores, para determinar si usted puede ser elegible para un descuento en la prima. Si, por ejemplo, sus salarios varían de una semana a otra (tal vez sea un empleado por hora o trabaje por comisión), si es un nuevo empleado a mitad de año o si tiene otras pérdidas de ingresos, aún puede calificar para un descuento en la prima.

Si decide comprar cobertura en el Mercado, [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) lo guiará a través del proceso. Esta es la información del empleador que ingresará cuando visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) para averiguar si puede obtener un crédito fiscal para reducir sus primas mensuales.

La siguiente información corresponde a la Herramienta de Cobertura del Empleador del Mercado. Completar esta sección es opcional para los empleadores, pero ayudará a garantizar que los empleados comprendan sus opciones de cobertura.

13. ¿Es el empleado actualmente elegible para la cobertura ofrecida por este empleador, o el empleado será elegible en los próximos 3 meses?

Sí (Continuar)
Artículo 13 bis. Si el empleado no es elegible hoy, incluso como resultado de un período de espera o de prueba, ¿cuándo es elegible para la cobertura? (dd/mm/aaaa) (Continuar) _____

No (DETÉNGASE y devuelva este formulario al empleado)

14. ¿Ofrece el empleador un plan de salud que cumpla con el estándar de valor mínimo*?
 Sí (Pase a la pregunta 15) No (STOP y formulario de devolución al empleado)

15. Para el plan de menor costo que cumpla con el estándar de valor mínimo* que se ofrece solo al empleado (no incluya planes familiares): Si el empleador tiene programas de bienestar, proporcione la prima que pagaría el empleado si recibiera el descuento máximo para cualquier programa para dejar de fumar y no recibiera ningún otro descuento basado en programas de bienestar.

un. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado en primas por este plan? \$ _____

b. ¿Con qué frecuencia? Semanal Cada 2 semanas Dos veces al mes Mensual Trimestral Anual

Si el año del plan terminará pronto y usted sabe que los planes de salud ofrecidos cambiarán, vaya a la pregunta 16. Si no lo sabe, DETÉNGASE y devuelva el formulario al empleado.

16. ¿Qué cambio hará el empleador para el nuevo año del plan?

El empleador no ofrece cobertura de salud

El empleador comenzará a ofrecer cobertura de salud a los empleados o cambiará la prima para el plan de menor costo disponible solo para el empleado que cumpla con el estándar de valor mínimo.* (La prima debe reflejar el descuento para los programas de bienestar. Véase la pregunta 15.)

un. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado en primas por este plan? \$ _____

b. ¿Con qué frecuencia? Semanal Cada 2 semanas Dos veces al mes Mensual Trimestral Anual

* Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con el "estándar de valor mínimo" si la participación del plan en el total de los costos de beneficios

permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costos (Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código de Rentas Internas de 1986)