

Avisos importantes

1/1/2026

School Facility Management LLC

Dirección de correspondencia: 3017 Oakland Avenue
Nashville, TN 37212

Nombre de contacto: Javier Martinez

Título del contacto: Director of Human Resources

Correo electrónico del contacto: Javier.martinez@sfm-service.com

Teléfono del contacto: 615-321-2037 x802

Su Aviso de la Parte D de Medicare es la primera sección de este paquete. Algunos otros avisos importantes incluyen CHIPRA, Privacidad HIPAA y el Aviso de opciones de cobertura (Aviso del mercado). Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el contacto mencionado anteriormente.



Aviso Importante de School Facility Management LLC Sobre su Cobertura de Medicamentos con Receta y Medicare, BlueCross BlueShield of Tennessee Copay Plan(s) Network S & Network P

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

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

- 1) La cobertura de medicamentos con receta de Medicare se hizo disponible en 2006 para todos los que tienen Medicare. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un plan de medicamentos con receta 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 brindan al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Es posible que algunos planes también ofrezcan más cobertura por una prima mensual más alta.
- 2) School Facility Management ha determinado que la cobertura de medicamentos con receta que ofrecen los planes mencionados anteriormente, en promedio, para todos los participantes del plan, se espera que pague tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare y, por lo tanto, se considera **Cobertura acreditable**. Dado que su cobertura actual es Cobertura acreditable, puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una sanción) si luego 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 actual cobertura acreditable de medicamentos con receta, sin que sea culpa suya, también será elegible para un Período especial de inscripción (SEP) de dos (2) meses para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

¿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 no lo hará afectada. Puede mantener esta cobertura si elige la Parte D y este plan se coordinará con la cobertura de la Parte D.

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y cancelar su cobertura actual, tenga en cuenta que usted y sus dependientes podrán recuperar esta cobertura en la próxima oportunidad de inscripción anual o evento de vida calificado.

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

También debe saber que si cancela o pierde su cobertura actual con este plan y no se une a un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días continuos posteriores a la finalización de su cobertura actual, es posible que deba pagar una prima más alta (una sanción) para unirse a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si pasa 63 días continuos o más sin cobertura acreditable de medicamentos con receta, su prima mensual puede aumentar al menos un 1 % de la prima base del beneficiario de Medicare por cada mes que no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima puede ser de manera consistente al menos un 19 % más alta que la prima básica del beneficiario de Medicare. Es posible que deba pagar esta prima más alta (una sanción) siempre que tenga cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Además, es posible que tenga que esperar hasta el próximo mes de octubre para inscribirse.

Para obtener más información sobre este Aviso o su cobertura actual de medicamentos con receta...

En el manual "Medicare y usted" encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos con receta. Medicare le enviará una copia del manual por correo todos los años. Los planes de medicamentos de Medicare también pueden contactarlo directamente.

Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos con receta de Medicare:

- Visite www.medicare.gov

- Para obtener ayuda personalizada, llame a su Programa Estatal de Asistencia del Seguro Médico (consulte el interior de la contraportada de su copia del manual "Medicare y usted" para obtener su número de teléfono).
- 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, existe disponible ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta 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: Mantenga este aviso de cobertura acreditable. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que se le solicite que proporcione 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

NOTA: Recibirá este aviso cada año. También lo recibirá antes del próximo período en el que pueda inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, y si esta cobertura a través de cambia. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento al ponerse en contacto con la persona que aparece a continuación:

Fecha de entrada en vigor: 1/1/2026

Nombre del empleador: School Facility Management

Nombre/Título del contacto: Javier Martinez

Dirección: 3017 Oakland Ave, Nashville TN 37212

Teléfono: 615-321-2037 x802

Correo electrónico: Javier.martinez@sfm-service.com

Aviso Importante de School Facility Management LLC Sobre su Cobertura de Medicamentos con Receta y Medicare, BlueCross BlueShield of Tennessee Qualified High Deductible Health Plan(s) Network S & Network P

Lea atentamente este aviso y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso tiene información sobre su cobertura actual de medicamentos con receta y sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Esta información puede ayudarlo a decidir si desea o no inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. La información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos con receta se encuentra al final de este aviso.

Hay tres cosas importantes que debe saber sobre su cobertura actual y la cobertura de medicamentos con receta de Medicare:

- 1) La cobertura de medicamentos con receta de Medicare se hizo disponible en 2006 para todos los que tienen Medicare. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un plan de medicamentos con receta 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 brindan al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
- 2) School Facility Management ha determinado que la cobertura de medicamentos con receta enumerados anteriormente, en promedio, para todos los participantes del plan, **NO se espera que pague tanto como paga la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare.** Por lo tanto, su cobertura se considera **Cobertura no acreditable.** Esto es importante porque, muy probablemente, obtendrá más ayuda con los costos de sus medicamentos si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare que si solo tiene cobertura de medicamentos con receta de BlueCross BlueShield of Tennessee HDHP. Esto también es importante porque puede significar que usted puede pagar una prima más alta (una sanción) si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare cuando se convierte en elegible por primera vez.
- 3) Puede mantener su cobertura actual de School Facility Management. Sin embargo, debido a que su cobertura no es acreditable, debe tomar decisiones sobre la cobertura de medicamentos con receta de Medicare que pueden afectar la cantidad que paga por esa cobertura, en función de si se une a un plan de medicamentos y cuándo lo hace. Cuando tome su decisión, debe comparar su cobertura actual, incluidos los medicamentos cubiertos, con la cobertura y el costo de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos con receta de Medicare en su área. Lea este aviso detenidamente, puesto que explica sus opciones.

¿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.

Dado que está perdiendo la cobertura acreditable de medicamentos con receta bajo el plan enumerado anteriormente, usted es elegible para un Período de inscripción especial (SEP) de dos (2) meses para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

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

Debido a que la cobertura bajo School Facility Management no es acreditable, en función de cuánto tiempo pase sin cobertura acreditable de medicamentos con receta, es posible que deba pagar una sanción para unirse a un plan de medicamentos de Medicare. A partir del final del último mes en el que fue elegible por primera vez para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare pero no se inscribió, si pasa 63 días continuos o más sin cobertura de medicamentos con receta que sea acreditable, su prima mensual puede aumentar en al menos 1 % de la prima mensual base del beneficiario de Medicare por cada mes que no tuviera esa cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima puede ser de manera consistente al menos un 19 % más alta que la prima básica del beneficiario de Medicare. Es posible que deba pagar esta prima más alta (sanción) siempre que tenga cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Además, es posible que tenga que esperar hasta el próximo mes de octubre para inscribirse.

¿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 no será afectada. Puede mantener esta cobertura si elige la Parte D y este plan se coordinará con la cobertura de la Parte D

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y cancelar su cobertura actual, tenga en cuenta que usted y sus dependientes podrán recuperar esta cobertura en la próxima oportunidad de inscripción anual o evento de vida calificado.

Para obtener más información sobre este Aviso o su cobertura actual de medicamentos con receta...

Póngase en contacto con la persona que figura a continuación para obtener más información. **NOTA:** Recibirá este aviso cada año. También lo recibirá antes del próximo período en el que pueda inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y si esta cobertura a través de cambia. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

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

En el manual "Medicare y usted" encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos con receta. Medicare le enviará una copia del manual por correo todos los años. Los planes de medicamentos de Medicare también pueden contactarlo directamente. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos con receta de Medicare:

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

Si tiene ingresos y recursos limitados, existe disponible ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta 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).

Fecha de entrada en vigor: 1/1/2026

Nombre del empleador: School Facility Management

Nombre/Título del contacto: Javier Martinez

Dirección: 3017 Oakland Ave, Nashville TN 37212

Teléfono: 615-321-2037 x802

Correo electrónico: Javier.martinez@sfmservice.com

de derechos especiales de inscripción

Este aviso se proporciona para ayudarlo a comprender su derecho a solicitar cobertura médica grupal. Debe leer este aviso incluso si piensa renunciar a la cobertura médica en este momento.

Pérdida de otra cobertura

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

Matrimonio, nacimiento o adopción

Si tiene un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o entrega en adopción, es posible que pueda inscribirse usted y sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento o entrega en adopción.

Medicaid o CHIP

Si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o el Programa de seguro médico para niños (CHIP) o se vuelven elegibles para un subsidio de asistencia con la prima de Medicaid o CHIP, es posible que pueda inscribirse usted y sus dependientes. Debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP o la determinación de elegibilidad para un subsidio de asistencia mediante prima.

Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, comuníquese con el administrador del plan (consulte la portada para obtener información de contacto).

Ley de protección de la salud de los recién nacidos y las madres

Los planes médicos grupales y los emisores de seguros médicos generalmente no pueden, según la ley federal, restringir los beneficios para cualquier duración de estadía hospitalaria 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 del 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 autorización del plan o emisor para prescribir una estadía que no supere las 48 horas (o 96 horas, si corresponde).

Ley de no discriminación por información genética (GINA)

La Ley de no discriminación por información genética de 2008 protege a los empleados contra la discriminación basada en su información genética. A menos que se permita lo contrario, su empleador no puede solicitar ni exigir ninguna información genética de usted ni de los miembros de su familia.

GINA prohíbe que los empleadores y otras entidades cubiertas por el Título II de GINA soliciten o exijan información genética de un individuo o miembro de la familia del individuo, excepto según lo permitido específicamente por esta ley.

Para cumplir con esta ley, le pedimos que no proporcione ninguna información genética al responder a esta solicitud de información médica. La "Información genética", según la define GINA, incluye el historial médico familiar de una persona, los resultados de las pruebas genéticas, el hecho de que un miembro buscó o recibió servicios genéticos y la información genética de un feto portado por un miembro o un embrión en posesión legal de un miembro que recibe servicios de reproducción asistida.

Ley de igualdad de salud mental y adicciones

La Ley de igualdad de salud mental y adicciones de 2008 generalmente

requiere que los planes de salud grupales y los emisores de seguros médicos garanticen que los requisitos financieros (como copagos y deducibles) y las limitaciones de tratamiento (como los límites de visitas anuales) aplicables a los beneficios de salud mental o de trastorno por uso de sustancias no sean más restrictivos que los requisitos o limitaciones predominantes que se aplican sustancialmente a todos los beneficios médicos/quirúrgicos. Para obtener más información sobre los criterios para las determinaciones de necesidad médica realizadas según el plan de su empleador con respecto a los beneficios de salud mental o de trastorno por uso de sustancias, comuníquese con el administrador de su plan al (consulte la página de portada para obtener información de contacto).

Ley de derechos sobre la salud y el cáncer de la mujer

Si se ha sometido o se va a someter a una mastectomía, es posible que tenga derecho a determinados beneficios en virtud de la Ley de derechos sobre la salud y el cáncer de la mujer de 1998 (WHCRA). La Ley de derechos sobre la salud y el cáncer de la mujer exige que los planes médicos grupales, sus compañías de seguros y HMO brinden ciertos beneficios a las pacientes de mastectomía que elijan la reconstrucción mamaria. Para las personas que reciban beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se brindará de la manera determinada en consulta con el médico tratante y el paciente, para: Todas las etapas de reconstrucción mamaria en la que se realizó la mastectomía. Cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica. Prótesis. Y tratamiento de complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema.

Los beneficios de la reconstrucción mamaria están sujetos a deducibles y limitaciones de coaseguro que son consistentes con las establecidas para otros beneficios bajo el plan. Si desea obtener más información sobre los beneficios de WHCRA, comuníquese con el administrador de su plan (consulte la portada para obtener información de contacto).

Ley Michelle

Cuando un hijo dependiente pierde la

condición de estudiante para los fines de la cobertura del plan médico grupal como resultado de una licencia médicamente necesaria de una institución educativa postsecundaria, el plan médico grupal continuará brindando cobertura durante la licencia por hasta un año, o hasta que la cobertura termine de otro modo bajo el plan médico grupal, lo que ocurra primero.

Para obtener información adicional, comuníquese con el administrador de su plan (vea la portada para obtener información de contacto).

Ley de derechos de empleo y reemplazo de servicios y uniformados de 1994 (USERRA)

La Ley de derechos de empleo y reemplazo de uniformados y servicios de 1994 (USERRA) establece los requisitos para la continuación de la cobertura médica y el reemplazo en relación con la licencia militar de un empleado. Estos requisitos se aplican a la cobertura médica y odontológica para usted y sus dependientes. No se aplican a ninguna cobertura de vida, discapacidad a corto o largo plazo o muerte accidental y desmembramiento que pueda tener. Una explicación

completa de USERRA y sus derechos está fuera del alcance de este documento. Si desea obtener más información, consulte la Descripción resumida del plan (SPD) para cualquiera de nuestras coberturas de seguro grupal o visite este sitio: <http://www.dol.gov/vets/programs/userra/main.htm>

Una fuente alternativa es VETS. Puede comunicarse con ellos al 1-866-4-USA-DOL o visitar este sitio: <http://www.dol.gov/vets>
Se puede ver un asesor USERRA interactivo en línea en <http://www.dol.gov/elaws/userra.htm>



Cobertura del Mercado de Seguros Médicos

Opciones y su cobertura de salud

Formulario aprobado
OMB n.º 1210-0149
(vence el 31 de diciembre de 2026)

PARTE A: Información general

Incluso si le ofrecen cobertura de salud a través de su empleo, es posible que tenga otras opciones de cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos ("Mercado"). Para ayudarlo a evaluar opciones para usted y su familia, este aviso proporciona cierta información básica sobre el Mercado de Seguros Médicos.

¿Qué es el Mercado de Seguros Médicos?

El Mercado está diseñado para ayudarlo a encontrar un seguro médico que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El Mercado ofrece un "punto único de compra" para encontrar y comparar opciones de seguros médicos privados en su área geográfica.

¿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 y otros costos de bolsillo, pero solo si su empleador no ofrece cobertura o si ofrece cobertura que no se considera asequible para usted y no cumple con ciertas normas de valor mínimo (que se analizan a continuación). Los ahorros en su prima, para los que es elegible, dependen de los ingresos de su hogar. También puede ser elegible para un crédito fiscal que reduzca sus costos.

¿La cobertura de salud basada en el empleo afecta la elegibilidad para recibir ahorros en primas a través del Mercado?

Sí. Si tiene una oferta de cobertura de salud de su empleador que se considera asequible para usted y cumple con ciertas normas de valor mínimo, no será elegible para un crédito fiscal o pago por adelantado del crédito fiscal para su cobertura del Mercado y es posible que desee inscribirse en el plan de salud basado en su empleo. Sin embargo, usted puede ser elegible para un crédito fiscal y pagos por adelantado del crédito, que reducen su prima mensual, o una reducción en ciertos costos compartidos, si su empleador no le ofrece cobertura alguna o no le ofrece cobertura que se considera asequible para usted o cumple con las normas de valor mínimo. Si su participación del costo de la prima de todos los planes que se le ofrecen a través de su empleo es más del 9.12 %¹ de su ingreso familiar anual, o si la cobertura a través de su empleo no cumple con la norma de "valor mínimo" establecida por la Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio, puede ser elegible para un crédito fiscal y el pago por adelantado del crédito, si no se inscribe en la cobertura de salud basada en el empleo. Para los miembros de la familia del empleado, la cobertura se considera asequible si el costo de las primas del plan de menor costo que cubriría a todos los miembros de la familia no excede el 9.12 % de los ingresos del hogar del empleado.¹²

Nota: si compra un plan de salud a través del Mercado en lugar de aceptar la cobertura de salud ofrecida a través de su empleo, entonces puede perder el acceso a todo lo que el empleador contribuya a la cobertura basada en el empleo. Además, esta contribución del empleador, así como su contribución de empleado a la cobertura basada en el empleo, generalmente se excluye de los ingresos para efectos del impuesto sobre la renta federal y estatal. Sus pagos de cobertura a través del Mercado se realizan después de impuestos. Además, tenga en cuenta que si la cobertura de salud ofrecida a través de su empleo no cumple con las normas de asequibilidad o valor mínimo, pero acepta esa cobertura de todos modos, no será elegible para un crédito fiscal. Debe considerar todos estos factores al determinar si debe comprar un plan de salud a través del Mercado.

¹ Indexado anualmente; consulte <https://www.irs.gov/pub/irs-drop/rp-22-34.pdf> para 2023.

² Un plan de salud patrocinado por el empleador o basado en el empleo cumple con la "norma de valor mínimo" si la participación del plan en los costos totales de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costos. A los efectos de la elegibilidad para el crédito fiscal para la prima, para cumplir con la "norma de valor mínimo", el plan de salud también debe proporcionar una cobertura sustancial tanto de los servicios hospitalarios como de los servicios médicos para pacientes hospitalizados.

¿Cuándo puedo inscribirme en una cobertura de seguro médico a través del Mercado?

Puede inscribirse en un plan de seguro médico del Mercado durante el Período de Inscripción Abierta anual del Mercado. La Inscripción Abierta varía según el estado, pero generalmente comienza el 1 de noviembre y continúa al menos hasta el 15 de diciembre.

Fuera del Período de Inscripción Abierta anual, puede inscribirse en un seguro médico si califica para un Período de Inscripción Especial. En general, usted califica para un Período de Inscripción Especial si ha tenido ciertos eventos de vida calificativos, como casarse, tener un bebé, adoptar un niño o perder la elegibilidad para otra cobertura de salud. Dependiendo de su tipo de Período de Inscripción Especial, es posible que tenga 60 días antes o 60 días después del evento de vida calificativo para inscribirse en un plan del Mercado.

También existe un Período de Inscripción Especial del Mercado para personas y sus familias que pierden la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés) a partir del 31 de marzo de 2023 hasta el 31 de julio de 2024. Desde el inicio de la emergencia de salud pública del COVID-19 a nivel nacional, las agencias estatales de Medicaid y CHIP generalmente no han cancelado la inscripción de ningún beneficiario de Medicaid o CHIP que estuviera inscrito a partir del 18 de marzo de 2020 hasta el 31 de marzo de 2023. A medida que las agencias estatales de Medicaid y CHIP reanuden las prácticas habituales de elegibilidad e inscripción, es posible que muchas personas ya no sean elegibles para la cobertura de Medicaid o CHIP a partir del 31 de marzo de 2023. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. **ofrece un período temporal de Inscripción Especial en el Mercado para permitir que estas personas se inscriban en la cobertura del Mercado.**

Las personas elegibles para el Mercado que viven en estados atendidos por HealthCare.gov y que envían una nueva solicitud o actualizan una solicitud existente en HealthCare.gov entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024, y dan fe de una fecha de terminación de la cobertura de Medicaid o CHIP dentro del mismo período, son elegibles para un Período de Inscripción Especial de 60 días. **Eso significa que, si pierde la cobertura de Medicaid o CHIP entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024, es posible que pueda inscribirse en la cobertura del Mercado dentro de los 60 días posteriores a la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP.** Además, si usted o los miembros de su familia están inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP, es importante asegurarse de que su información de contacto esté actualizada para asegurarse de recibir cualquier información sobre los cambios en su elegibilidad. Para obtener más información, visite HealthCare.gov o llame al Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-889-4325.

¿Qué pasa con las alternativas a la cobertura de seguro médico del Mercado?

Si usted o su familia son elegibles para la cobertura de un plan de salud basado en el empleo (como un plan de salud patrocinado por el empleador), usted o su familia también pueden ser elegibles para un Período de Inscripción Especial para inscribirse en ese plan de salud en ciertas circunstancias, incluso si usted o las personas a su cargo estaban inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP y perdieron esa cobertura. Generalmente, tiene 60 días después de la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP para inscribirse en un plan de salud basado en el empleo, pero si usted y su familia perdieron la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o CHIP entre el 31 de marzo de 2023 y el 10 de julio de 2023, puede solicitar esta inscripción especial en el plan de salud basado en el empleo hasta el 8 de septiembre de 2023. Confirme la fecha límite con su empleador o con su plan de salud basado en el empleo.

Alternativamente, puede inscribirse en la cobertura de Medicaid o CHIP en cualquier momento completando una solicitud a través del Mercado o solicitando directamente a través de su agencia estatal de Medicaid. Visite <https://www.healthcare.gov/medicaid-chip/getting-medicaid-chip/> para obtener más detalles.

¿Cómo puedo obtener más información?

El Mercado puede ayudarlo a evaluar sus opciones de cobertura, incluida su elegibilidad para cobertura a través del Mercado y su costo. Visite **HealthCare.gov** para obtener más información, incluida una solicitud en línea para cobertura de seguro médico e información de contacto de un Mercado de Seguros Médicos en su área.

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 según la solicitud del Mercado.

3. Nombre del empleador School Facility Management		4. Número de identificación del empleador (EIN, por sus siglas en inglés) 62-1735375
5. Dirección del empleador 3017 Oakland Avenue		6. Número de teléfono del empleador 615-321-2037 x802
7. Ciudad Nashville	8. Estado TN	9. Código postal 37212
10. ¿Con quién podemos comunicarnos en relación con la cobertura médica del empleado en este empleo? Javier Martinez		
11. Número de teléfono (si difiere del que figura arriba)		12. Dirección de correo electrónico Javier.martinez@sfmsservice.com

A continuación, encontrará información básica sobre la cobertura médica que brinda este empleador:

- Como su empleador, ofrecemos un plan de salud para los siguientes:
 - ☐ Todos los empleados. Los empleados elegibles son:
 - ☒ Algunos empleados. Los empleados elegibles son los siguientes: Tiempo complete, trabajando mas de 30 horas por semana y que hayan cumplido con su period de espera.
- En cuanto a los dependientes:
 - ☒ Sí ofrecemos cobertura médica. Los dependientes elegibles son los siguientes: Tu conyuge legal y sus hijos biologicos, hijos por matrimonio, hijasros o hijos adoptivos menores de 26 anos.
 - ☐ No ofrecemos cobertura médica.
- ☒ Si marca esta opción, esta cobertura médica cumple con la norma de valor mínimo. Asimismo, el costo de la cobertura se pretende que sea asequible para usted según los salarios de los empleados.

****** Incluso si el objetivo de su empleador es brindarle cobertura asequible, es posible que sea elegible para obtener un descuento en la prima a través del mercado. El mercado utilizará el ingreso de su grupo familiar, junto con otros factores, para determinar si es elegible para recibir un descuento en la prima. Si, por ejemplo, sus salarios varían de una semana a la otra (tal vez es un empleado por hora o trabaja con comisiones), si fue contratado recientemente a mitad de año o si tiene otras pérdidas de ingreso, aún así es posible que reúna los requisitos para recibir un descuento en la prima..

Si decide adquirir cobertura a través del mercado, visite **CuidadoDeSalud.gov** para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo. Aquí encontrará la información del empleador que debe ingresar cuando visita **CuidadoDeSalud.gov** para saber si puede obtener un crédito tributario para reducir las primas mensuales.



Cobertura del Mercado de Seguros Médicos

Opciones y su cobertura de salud

Formulario aprobado
OMB n.º 1210-0149
(vence el 31 de diciembre de 2026)

PARTE A: Información general

Incluso si le ofrecen cobertura de salud a través de su empleo, es posible que tenga otras opciones de cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos ("Mercado"). Para ayudarlo a evaluar opciones para usted y su familia, este aviso proporciona cierta información básica sobre el Mercado de Seguros Médicos.

¿Qué es el Mercado de Seguros Médicos?

El Mercado está diseñado para ayudarlo a encontrar un seguro médico que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El Mercado ofrece un "punto único de compra" para encontrar y comparar opciones de seguros médicos privados en su área geográfica.

¿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 y otros costos de bolsillo, pero solo si su empleador no ofrece cobertura o si ofrece cobertura que no se considera asequible para usted y no cumple con ciertas normas de valor mínimo (que se analizan a continuación). Los ahorros en su prima, para los que es elegible, dependen de los ingresos de su hogar. También puede ser elegible para un crédito fiscal que reduzca sus costos.

¿La cobertura de salud basada en el empleo afecta la elegibilidad para recibir ahorros en primas a través del Mercado?

Sí. Si tiene una oferta de cobertura de salud de su empleador que se considera asequible para usted y cumple con ciertas normas de valor mínimo, no será elegible para un crédito fiscal o pago por adelantado del crédito fiscal para su cobertura del Mercado y es posible que desee inscribirse en el plan de salud basado en su empleo. Sin embargo, usted puede ser elegible para un crédito fiscal y pagos por adelantado del crédito, que reducen su prima mensual, o una reducción en ciertos costos compartidos, si su empleador no le ofrece cobertura alguna o no le ofrece cobertura que se considera asequible para usted o cumple con las normas de valor mínimo. Si su participación del costo de la prima de todos los planes que se le ofrecen a través de su empleo es más del 9.12 %¹ de su ingreso familiar anual, o si la cobertura a través de su empleo no cumple con la norma de "valor mínimo" establecida por la Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio, puede ser elegible para un crédito fiscal y el pago por adelantado del crédito, si no se inscribe en la cobertura de salud basada en el empleo. Para los miembros de la familia del empleado, la cobertura se considera asequible si el costo de las primas del plan de menor costo que cubriría a todos los miembros de la familia no excede el 9.12 % de los ingresos del hogar del empleado.¹²

Nota: si compra un plan de salud a través del Mercado en lugar de aceptar la cobertura de salud ofrecida a través de su empleo, entonces puede perder el acceso a todo lo que el empleador contribuya a la cobertura basada en el empleo. Además, esta contribución del empleador, así como su contribución de empleado a la cobertura basada en el empleo, generalmente se excluye de los ingresos para efectos del impuesto sobre la renta federal y estatal. Sus pagos de cobertura a través del Mercado se realizan después de impuestos. Además, tenga en cuenta que si la cobertura de salud ofrecida a través de su empleo no cumple con las normas de asequibilidad o valor mínimo, pero acepta esa cobertura de todos modos, no será elegible para un crédito fiscal. Debe considerar todos estos factores al determinar si debe comprar un plan de salud a través del Mercado.

¹ Indexado anualmente; consulte <https://www.irs.gov/pub/irs-drop/rp-22-34.pdf> para 2023.

² Un plan de salud patrocinado por el empleador o basado en el empleo cumple con la "norma de valor mínimo" si la participación del plan en los costos totales de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costos. A los efectos de la elegibilidad para el crédito fiscal para la prima, para cumplir con la "norma de valor mínimo", el plan de salud también debe proporcionar una cobertura sustancial tanto de los servicios hospitalarios como de los servicios médicos para pacientes hospitalizados.

¿Cuándo puedo inscribirme en una cobertura de seguro médico a través del Mercado?

Puede inscribirse en un plan de seguro médico del Mercado durante el Período de Inscripción Abierta anual del Mercado. La Inscripción Abierta varía según el estado, pero generalmente comienza el 1 de noviembre y continúa al menos hasta el 15 de diciembre.

Fuera del Período de Inscripción Abierta anual, puede inscribirse en un seguro médico si califica para un Período de Inscripción Especial. En general, usted califica para un Período de Inscripción Especial si ha tenido ciertos eventos de vida calificativos, como casarse, tener un bebé, adoptar un niño o perder la elegibilidad para otra cobertura de salud. Dependiendo de su tipo de Período de Inscripción Especial, es posible que tenga 60 días antes o 60 días después del evento de vida calificativo para inscribirse en un plan del Mercado.

También existe un Período de Inscripción Especial del Mercado para personas y sus familias que pierden la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés) a partir del 31 de marzo de 2023 hasta el 31 de julio de 2024. Desde el inicio de la emergencia de salud pública del COVID-19 a nivel nacional, las agencias estatales de Medicaid y CHIP generalmente no han cancelado la inscripción de ningún beneficiario de Medicaid o CHIP que estuviera inscrito a partir del 18 de marzo de 2020 hasta el 31 de marzo de 2023. A medida que las agencias estatales de Medicaid y CHIP reanuden las prácticas habituales de elegibilidad e inscripción, es posible que muchas personas ya no sean elegibles para la cobertura de Medicaid o CHIP a partir del 31 de marzo de 2023. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. **ofrece un período temporal de Inscripción Especial en el Mercado para permitir que estas personas se inscriban en la cobertura del Mercado.**

Las personas elegibles para el Mercado que viven en estados atendidos por HealthCare.gov y que envían una nueva solicitud o actualizan una solicitud existente en HealthCare.gov entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024, y dan fe de una fecha de terminación de la cobertura de Medicaid o CHIP dentro del mismo período, son elegibles para un Período de Inscripción Especial de 60 días. **Eso significa que, si pierde la cobertura de Medicaid o CHIP entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024, es posible que pueda inscribirse en la cobertura del Mercado dentro de los 60 días posteriores a la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP.** Además, si usted o los miembros de su familia están inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP, es importante asegurarse de que su información de contacto esté actualizada para asegurarse de recibir cualquier información sobre los cambios en su elegibilidad. Para obtener más información, visite HealthCare.gov o llame al Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-889-4325.

¿Qué pasa con las alternativas a la cobertura de seguro médico del Mercado?

Si usted o su familia son elegibles para la cobertura de un plan de salud basado en el empleo (como un plan de salud patrocinado por el empleador), usted o su familia también pueden ser elegibles para un Período de Inscripción Especial para inscribirse en ese plan de salud en ciertas circunstancias, incluso si usted o las personas a su cargo estaban inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP y perdieron esa cobertura. Generalmente, tiene 60 días después de la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP para inscribirse en un plan de salud basado en el empleo, pero si usted y su familia perdieron la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o CHIP entre el 31 de marzo de 2023 y el 10 de julio de 2023, puede solicitar esta inscripción especial en el plan de salud basado en el empleo hasta el 8 de septiembre de 2023. Confirme la fecha límite con su empleador o con su plan de salud basado en el empleo.

Alternativamente, puede inscribirse en la cobertura de Medicaid o CHIP en cualquier momento completando una solicitud a través del Mercado o solicitando directamente a través de su agencia estatal de Medicaid. Visite <https://www.healthcare.gov/medicaid-chip/getting-medicaid-chip/> para obtener más detalles.

¿Cómo puedo obtener más información?

El Mercado puede ayudarlo a evaluar sus opciones de cobertura, incluida su elegibilidad para cobertura a través del Mercado y su costo. Visite **HealthCare.gov** para obtener más información, incluida una solicitud en línea para cobertura de seguro médico e información de contacto de un Mercado de Seguros Médicos en su área.

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 según la solicitud del Mercado.

3. Nombre del empleador ServiceFM		4. Número de identificación del empleador (EIN, por sus siglas en inglés) 45-1676942
5. Dirección del empleador 3017 Oakland Avenue		6. Número de teléfono del empleador 615-321-2037 x802
7. Ciudad Nashville	8. Estado TN	9. Código postal 37212
10. ¿Con quién podemos comunicarnos en relación con la cobertura médica del empleado en este empleo? Javier Martinez		
11. Número de teléfono (si difiere del que figura arriba)		12. Dirección de correo electrónico Javier.martinez@sfm-service.com

A continuación, encontrará información básica sobre la cobertura médica que brinda este empleador:

- Como su empleador, ofrecemos un plan de salud para los siguientes:
 - ☐ Todos los empleados. Los empleados elegibles son:
 - ☒ Algunos empleados. Los empleados elegibles son los siguientes: Tiempo complete, trabajando mas de 30 horas por semana y que hayan cumplido con su period de espera.
- En cuanto a los dependientes:
 - ☒ Sí ofrecemos cobertura médica. Los dependientes elegibles son los siguientes: Tu conyuge legal y sus hijos biologicos, hijos por matrimonio, hijasros o hijos adoptivos menores de 26 anos.
 - ☐ No ofrecemos cobertura médica.
- ☒ Si marca esta opción, esta cobertura médica cumple con la norma de valor mínimo. Asimismo, el costo de la cobertura se pretende que sea asequible para usted según los salarios de los empleados.

****** Incluso si el objetivo de su empleador es brindarle cobertura asequible, es posible que sea elegible para obtener un descuento en la prima a través del mercado. El mercado utilizará el ingreso de su grupo familiar, junto con otros factores, para determinar si es elegible para recibir un descuento en la prima. Si, por ejemplo, sus salarios varían de una semana a la otra (tal vez es un empleado por hora o trabaja con comisiones), si fue contratado recientemente a mitad de año o si tiene otras pérdidas de ingreso, aún así es posible que reúna los requisitos para recibir un descuento en la prima..

Si decide adquirir cobertura a través del mercado, visite **CuidadoDeSalud.gov** para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo. Aquí encontrará la información del empleador que debe ingresar cuando visita **CuidadoDeSalud.gov** para saber si puede obtener un crédito tributario para reducir las primas mensuales.



Cobertura del Mercado de Seguros Médicos

Opciones y su cobertura de salud

Formulario aprobado
OMB n.º 1210-0149
(vence el 31 de diciembre de 2026)

PARTE A: Información general

Incluso si le ofrecen cobertura de salud a través de su empleo, es posible que tenga otras opciones de cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos ("Mercado"). Para ayudarlo a evaluar opciones para usted y su familia, este aviso proporciona cierta información básica sobre el Mercado de Seguros Médicos.

¿Qué es el Mercado de Seguros Médicos?

El Mercado está diseñado para ayudarlo a encontrar un seguro médico que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El Mercado ofrece un "punto único de compra" para encontrar y comparar opciones de seguros médicos privados en su área geográfica.

¿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 y otros costos de bolsillo, pero solo si su empleador no ofrece cobertura o si ofrece cobertura que no se considera asequible para usted y no cumple con ciertas normas de valor mínimo (que se analizan a continuación). Los ahorros en su prima, para los que es elegible, dependen de los ingresos de su hogar. También puede ser elegible para un crédito fiscal que reduzca sus costos.

¿La cobertura de salud basada en el empleo afecta la elegibilidad para recibir ahorros en primas a través del Mercado?

Sí. Si tiene una oferta de cobertura de salud de su empleador que se considera asequible para usted y cumple con ciertas normas de valor mínimo, no será elegible para un crédito fiscal o pago por adelantado del crédito fiscal para su cobertura del Mercado y es posible que desee inscribirse en el plan de salud basado en su empleo. Sin embargo, usted puede ser elegible para un crédito fiscal y pagos por adelantado del crédito, que reducen su prima mensual, o una reducción en ciertos costos compartidos, si su empleador no le ofrece cobertura alguna o no le ofrece cobertura que se considera asequible para usted o cumple con las normas de valor mínimo. Si su participación del costo de la prima de todos los planes que se le ofrecen a través de su empleo es más del 9.12 %¹ de su ingreso familiar anual, o si la cobertura a través de su empleo no cumple con la norma de "valor mínimo" establecida por la Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio, puede ser elegible para un crédito fiscal y el pago por adelantado del crédito, si no se inscribe en la cobertura de salud basada en el empleo. Para los miembros de la familia del empleado, la cobertura se considera asequible si el costo de las primas del plan de menor costo que cubriría a todos los miembros de la familia no excede el 9.12 % de los ingresos del hogar del empleado.¹²

Nota: si compra un plan de salud a través del Mercado en lugar de aceptar la cobertura de salud ofrecida a través de su empleo, entonces puede perder el acceso a todo lo que el empleador contribuya a la cobertura basada en el empleo. Además, esta contribución del empleador, así como su contribución de empleado a la cobertura basada en el empleo, generalmente se excluye de los ingresos para efectos del impuesto sobre la renta federal y estatal. Sus pagos de cobertura a través del Mercado se realizan después de impuestos. Además, tenga en cuenta que si la cobertura de salud ofrecida a través de su empleo no cumple con las normas de asequibilidad o valor mínimo, pero acepta esa cobertura de todos modos, no será elegible para un crédito fiscal. Debe considerar todos estos factores al determinar si debe comprar un plan de salud a través del Mercado.

¹ Indexado anualmente; consulte <https://www.irs.gov/pub/irs-drop/rp-22-34.pdf> para 2023.

² Un plan de salud patrocinado por el empleador o basado en el empleo cumple con la "norma de valor mínimo" si la participación del plan en los costos totales de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costos. A los efectos de la elegibilidad para el crédito fiscal para la prima, para cumplir con la "norma de valor mínimo", el plan de salud también debe proporcionar una cobertura sustancial tanto de los servicios hospitalarios como de los servicios médicos para pacientes hospitalizados.

¿Cuándo puedo inscribirme en una cobertura de seguro médico a través del Mercado?

Puede inscribirse en un plan de seguro médico del Mercado durante el Período de Inscripción Abierta anual del Mercado. La Inscripción Abierta varía según el estado, pero generalmente comienza el 1 de noviembre y continúa al menos hasta el 15 de diciembre.

Fuera del Período de Inscripción Abierta anual, puede inscribirse en un seguro médico si califica para un Período de Inscripción Especial. En general, usted califica para un Período de Inscripción Especial si ha tenido ciertos eventos de vida calificativos, como casarse, tener un bebé, adoptar un niño o perder la elegibilidad para otra cobertura de salud. Dependiendo de su tipo de Período de Inscripción Especial, es posible que tenga 60 días antes o 60 días después del evento de vida calificativo para inscribirse en un plan del Mercado.

También existe un Período de Inscripción Especial del Mercado para personas y sus familias que pierden la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés) a partir del 31 de marzo de 2023 hasta el 31 de julio de 2024. Desde el inicio de la emergencia de salud pública del COVID-19 a nivel nacional, las agencias estatales de Medicaid y CHIP generalmente no han cancelado la inscripción de ningún beneficiario de Medicaid o CHIP que estuviera inscrito a partir del 18 de marzo de 2020 hasta el 31 de marzo de 2023. A medida que las agencias estatales de Medicaid y CHIP reanuden las prácticas habituales de elegibilidad e inscripción, es posible que muchas personas ya no sean elegibles para la cobertura de Medicaid o CHIP a partir del 31 de marzo de 2023. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. **ofrece un período temporal de Inscripción Especial en el Mercado para permitir que estas personas se inscriban en la cobertura del Mercado.**

Las personas elegibles para el Mercado que viven en estados atendidos por HealthCare.gov y que envían una nueva solicitud o actualizan una solicitud existente en HealthCare.gov entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024, y dan fe de una fecha de terminación de la cobertura de Medicaid o CHIP dentro del mismo período, son elegibles para un Período de Inscripción Especial de 60 días. **Eso significa que, si pierde la cobertura de Medicaid o CHIP entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024, es posible que pueda inscribirse en la cobertura del Mercado dentro de los 60 días posteriores a la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP.** Además, si usted o los miembros de su familia están inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP, es importante asegurarse de que su información de contacto esté actualizada para asegurarse de recibir cualquier información sobre los cambios en su elegibilidad. Para obtener más información, visite HealthCare.gov o llame al Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-889-4325.

¿Qué pasa con las alternativas a la cobertura de seguro médico del Mercado?

Si usted o su familia son elegibles para la cobertura de un plan de salud basado en el empleo (como un plan de salud patrocinado por el empleador), usted o su familia también pueden ser elegibles para un Período de Inscripción Especial para inscribirse en ese plan de salud en ciertas circunstancias, incluso si usted o las personas a su cargo estaban inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP y perdieron esa cobertura. Generalmente, tiene 60 días después de la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP para inscribirse en un plan de salud basado en el empleo, pero si usted y su familia perdieron la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o CHIP entre el 31 de marzo de 2023 y el 10 de julio de 2023, puede solicitar esta inscripción especial en el plan de salud basado en el empleo hasta el 8 de septiembre de 2023. Confirme la fecha límite con su empleador o con su plan de salud basado en el empleo.

Alternativamente, puede inscribirse en la cobertura de Medicaid o CHIP en cualquier momento completando una solicitud a través del Mercado o solicitando directamente a través de su agencia estatal de Medicaid. Visite <https://www.healthcare.gov/medicaid-chip/getting-medicaid-chip/> para obtener más detalles.

¿Cómo puedo obtener más información?

El Mercado puede ayudarlo a evaluar sus opciones de cobertura, incluida su elegibilidad para cobertura a través del Mercado y su costo. Visite **HealthCare.gov** para obtener más información, incluida una solicitud en línea para cobertura de seguro médico e información de contacto de un Mercado de Seguros Médicos en su área.

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 según la solicitud del Mercado.

3. Nombre del empleador Serva Security		4. Número de identificación del empleador (EIN, por sus siglas en inglés) 92-2477252
5. Dirección del empleador 3017 Oakland Avenue		6. Número de teléfono del empleador 615-321-2037 x802
7. Ciudad Nashville	8. Estado TN	9. Código postal 37212
10. ¿Con quién podemos comunicarnos en relación con la cobertura médica del empleado en este empleo? Javier Martinez		
11. Número de teléfono (si difiere del que figura arriba)		12. Dirección de correo electrónico Javier.martinez@sfmsservice.com

A continuación, encontrará información básica sobre la cobertura médica que brinda este empleador:

- Como su empleador, ofrecemos un plan de salud para los siguientes:
 - ☐ Todos los empleados. Los empleados elegibles son:
 - ☒ Algunos empleados. Los empleados elegibles son los siguientes: Tiempo complete, trabajando mas de 30 horas por semana y que hayan cumplido con su period de espera.
- En cuanto a los dependientes:
 - ☒ Sí ofrecemos cobertura médica. Los dependientes elegibles son los siguientes: Tu conyuge legal y sus hijos biologicos, hijos por matrimonio, hijasros o hijos adoptivos menores de 26 anos.
 - ☐ No ofrecemos cobertura médica.
- ☒ Si marca esta opción, esta cobertura médica cumple con la norma de valor mínimo. Asimismo, el costo de la cobertura se pretende que sea asequible para usted según los salarios de los empleados.

****** Incluso si el objetivo de su empleador es brindarle cobertura asequible, es posible que sea elegible para obtener un descuento en la prima a través del mercado. El mercado utilizará el ingreso de su grupo familiar, junto con otros factores, para determinar si es elegible para recibir un descuento en la prima. Si, por ejemplo, sus salarios varían de una semana a la otra (tal vez es un empleado por hora o trabaja con comisiones), si fue contratado recientemente a mitad de año o si tiene otras pérdidas de ingreso, aún así es posible que reúna los requisitos para recibir un descuento en la prima..

Si decide adquirir cobertura a través del mercado, visite **CuidadoDeSalud.gov** para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo. Aquí encontrará la información del empleador que debe ingresar cuando visita **CuidadoDeSalud.gov** para saber si puede obtener un crédito tributario para reducir las primas mensuales.

Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede tener acceso a esta información. **Revíselo con cuidado.**

Fecha de entrada en vigor: 1/1/2026

Funcionario de privacidad: Javier Martinez
Título: Director of HR
Correo electrónico: Javier.martinez@sfmservice.com
Teléfono: 615-321-2037 x802

Sus derechos

Tiene derecho a:

- Obtener una copia de sus registros médicos y reclamos
- Corregir sus registros médicos y reclamos
- Solicitar comunicación confidencial
- Solicitarnos que limitemos la información que compartimos
- Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información
- Obtener una copia de este aviso de privacidad
- Elegir a alguien que actúe por usted
- Presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad.

Sus opciones

Tiene algunas opciones en la forma en que usamos y compartimos la información, ya que:

- Responder las preguntas de cobertura de su familia y amigos
- Proporcionar socorro en casos de desastre
- Comercializar nuestros servicios y vender su información

Nuestros usos y divulgaciones

Podemos usar y compartir su información cuando:

- Nos ayude a administrar el tratamiento de atención médica que recibe
- Gestionemos nuestra organización
- Paguemos por sus servicios médicos
- Administremos su plan médico
- Ayudemos con problemas de salud pública y seguridad.
- Hagamos investigación
- Cumplamos con la ley
- Respondamos a las solicitudes de donación de órganos y tejidos, y trabajemos con un médico forense o director de una funeraria
- Abordemos la compensación de los trabajadores, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales
- Respondamos a demandas y acciones legales.

Sus derechos

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

Obtener una copia de los registros médicos y reclamos

- Puede solicitar ver u obtener una copia de sus registros médicos y de reclamos, además de otra información médica que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacer esto.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de sus registros médicos y de reclamos, generalmente dentro de los 30 días posteriores

a su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo.

Solicitar que corrijamos los registros médicos y reclamos

- Puede solicitarnos que corrijamos sus registros médicos y de reclamos si cree que son incorrectos o están incompletos.

Pregúntenos cómo hacerlo.

- Podemos decir “no” a su solicitud, pero le informaremos el motivo por escrito en un plazo de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono de casa o de la oficina) o que le enviemos correo a una dirección diferente.
- Consideraremos todas las solicitudes razonables y debemos decir “sí” si usted nos indica que estaría en peligro si no lo hacemos.

Solicitar que limitemos lo que usamos o compartimos

- Puede solicitar que no usemos ni compartamos cierta información médica para tratamientos, pagos o nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir “no” si afectase su atención.

Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (contabilidad) de las veces que compartimos su información médica durante los seis años anteriores a la fecha en que la solicita, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las relacionadas con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y algunas otras divulgaciones (como las que nos haya solicitado que hagamos). Proporcionaremos una contabilidad al año de forma gratuita, pero le cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otra dentro de los 12 meses.

Obtener una copia de este aviso de privacidad

- Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso electrónicamente. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

Elegir a alguien que actúe por usted

- Si le ha otorgado a alguien un poder notarial médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.

- Verificaremos que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

Presente una queja si siente que se infringen sus derechos

- Puede presentar una queja si considera que hemos infringido sus derechos al comunicarse con nosotros utilizando la información de la página 1.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos si envía una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, si llama al 1-877-696-6775, o si visita www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Sus opciones

Para cierta información médica, puede indicarnos sus opciones sobre lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, comuníquese con nosotros. Indíquenos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene el derecho y la opción de indicarnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su atención
- Compartamos información en una situación de socorro en casos de desastre
- Si no puede indicarnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.
- En esos casos, *nunca* compartimos su información a menos que nos autorice por escrito:
- Fines de marketing
- Venta de su información

Nuestros usos y divulgaciones

¿Cómo usamos o compartimos normalmente su información médica?

Por lo general, usamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

Nos ayude a administrar el tratamiento de atención médica que recibe

- Podemos usar su información médica y compartirla con los profesionales que lo están tratando.
- *Ejemplo: Un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos coordinar servicios adicionales.*

Gestionemos nuestra organización

- Podemos usar y divulgar su información para administrar nuestra organización y comunicarnos con usted cuando sea necesario.
- No se nos permite usar información genética para decidir si le daremos cobertura y el precio de esa cobertura. Esto no se aplica a los planes de atención a largo plazo.
- *Ejemplo: Usamos su información médica para desarrollar mejores servicios para usted.*

Paguemos por sus servicios médicos

- Podemos usar y divulgar su información médica mientras pagamos por sus servicios médicos.
- *Ejemplo: Compartimos información sobre usted con su plan odontológico para coordinar el pago de su trabajo odontológico.*

Administrar su plan

- Podemos divulgarle su información médica al patrocinador de su plan médico para la administración del plan.
- *Ejemplo: Su empresa tiene un contrato con nosotros para proporcionar un plan médico, y le proporcionamos a su empresa ciertas estadísticas para explicar las primas que cobramos.*
- ¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información médica?
- Se nos permite o se nos exige que compartamos su información de otras maneras, generalmente de

maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública y la investigación. Debemos cumplir con muchas condiciones en la ley antes de que podamos compartir su información para estos fines. Para obtener más información, consulte:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html

.

Ayudemos con problemas de salud pública y seguridad.

- Podemos compartir información médica sobre usted para ciertas situaciones como:
- Prevención de enfermedades
- Ayudar con retiros de productos del mercado
- Reportar reacciones adversas a medicamentos
- Reportar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona

Hagamos investigación

- Podemos usar o compartir su información para investigaciones médicas.

Cumplamos con la ley

- Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo exigen, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quiere verificar que cumplimos con la ley federal de privacidad.

Respondamos a las solicitudes de

donación de órganos y tejidos, y trabajemos con un médico forense o director de una funeraria

- Podemos compartir su información médica con organizaciones de obtención de órganos.
- Podemos compartir información médica con un médico forense, un examinador forense o un director de funeraria cuando una persona fallezca.

Abordemos la compensación de los trabajadores, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales

- Podemos usar o compartir información médica sobre usted:
- Para reclamos de compensación laboral
- Para fines de cumplimiento de la ley o con un funcionario de cumplimiento de la ley
- Con organismos de vigilancia de la salud para actividades autorizadas por la ley
- Para funciones gubernamentales especiales, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial

Respondamos a demandas y acciones legales.

- Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y la

seguridad de su información médica protegida.

- Le informaremos de inmediato si ocurre una violación que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos seguir las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y ofrecerle una copia del mismo.
- No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea la descrita aquí, a menos que nos indique por escrito que podemos hacerlo. Si nos indica que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.
- Para obtener más información, consulte:
www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Cambios a los términos de este aviso

- Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible si lo solicita, en nuestro sitio web, y le enviaremos una copia por correo.

Asistencia con las primas bajo Medicaid y el Programa de Seguro de Salud para Menores (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para cobertura médica de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia con las primas que puede ayudar a pagar por la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, usted no será elegible para estos programas de asistencia con las primas, pero es probable que pueda comprar cobertura de seguro individual a través del mercado de seguros médicos. Para obtener más información, visite www.cuidadodesalud.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y usted vive en uno de los estados enumerados a continuación, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para saber si hay asistencia con primas disponible.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y usted cree que usted o cualquiera de sus dependientes puede ser elegible para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado, llame al **1-877-KIDS NOW** o visite espanol.insurekidsnow.gov/ para información sobre como presentar su solicitud. Si usted es elegible, 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 asistencia con primas bajo Medicaid o CHIP, y también son elegibles bajo el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan de su empleador, si usted aún no está inscrito. Esto se llama oportunidad de “inscripción especial”, y **usted debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días de haberse determinado que usted es elegible para la asistencia con las primas**. Si tiene preguntas sobre la inscripción en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento del Trabajo electrónicamente a través de www.askebsa.dol.gov o llame al servicio telefónico gratuito **1-866-444-EBSA (3272)**.

Si usted vive en uno de los siguientes estados, tal vez sea elegible para asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente es una lista de estados actualizada al 31 de enero de 2024. Comuníquese 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 AK primas del seguro médico Sitio web: http://myakhipp.com Teléfono: 1-866-251-4861 Por correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad de 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)	Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Sitio web: http://dhcs.ca.gov/hipp Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Por correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov

COLORADO – Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)	FLORIDA – Medicaid
Sitio web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/es Centro de atención al cliente de Health First Colorado: 1-800-221-3943/ retransmisor del estado: 711 CHP+: https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus Atención al cliente de CHP+: 1-800-359- 1991/retransmisor del estado: 711 Programa de compra de seguro de salud (HIBI, por sus siglas en inglés): https://www.mychibi.com/ Atención al cliente de HIBI: 1-855-692-6442	Sitio web: https://www.flmedicaidtprecovery.com/flmedicaidtprecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268
GEORGIA – Medicaid	INDIANA – Medicaid
Sitio web de GA HIPP: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162, Presiona 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, Presiona 2	Healthy Indiana Plan para adultos de bajos ingresos 19-64 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
IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)	KANSAS – Medicaid
Sitio web de Medicaid: https://dhs.iowa.gov/ime/members Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366 Sitio web de Hawki: http://dhs.iowa.gov/Hawki Error! Hyperlink reference not valid. Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563 Sitio web de HIPP: https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp Teléfono de HIPAA: 1-888-346-9562	Sitio web: https://www.kancare.ks.gov/ Teléfono: 1-800-792-4884 Teléfono de HIPP: 1-800-967-4660
KENTUCKY - Medicaid	LOUISIANA – Medicaid
Sitio web del Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP): https://www.chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Teléfono: 1-855-459-6328 Por correo electrónico: KIHIPPPROGRAM@ky.gov Sitio web de KCHIP: https://kynect.ky.gov Teléfono: 1-877-524-4718 Sitio web de Medicaid de Kentucky: https://chfs.ky.gov/agencies/dms	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)

MAINE – Medicaid	MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP
Sitio web por inscripción: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Maine relay 711 Página web por primos de seguro de salud privado: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-977-6740 TTY: Maine relay 711	Sitio web: https://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840 TTY: 711
MINNESOTA – Medicaid	MISSOURI – Medicaid
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	Sitio web: https://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005
MONTANA – Medicaid	NEBRASKA – Medicaid
Sitio web: https://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084 Por correo electrónico: HHSHIPProgram@mt.gov	Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Error! Hyperlink reference not valid. Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178
NEVADA – Medicaid	NUEVO HAMPSHIRE – Medicaid
Sitio web de Medicaid: http://dhcfp.nv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900	Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Teléfono: 603-271-5218 Teléfono gratuito para el programa de HIPP: 1-800-852-3345, ext. 5218
NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP	NUEVA YORK – Medicaid
Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Teléfono de Medicaid: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710	Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Error! Hyperlink reference not valid. Teléfono: 1-800-541-2831
CAROLINA DEL NORTE – Medicaid	DAKOTA DEL NORTE – Medicaid
Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov Error! Hyperlink reference not valid. Teléfono: 919-855-4100	Sitio web: http://www.hhs.nd.gov/healthcare Teléfono: 1-844-854-4825

OKLAHOMA – Medicaid y CHIP	OREGON – Medicaid y CHIP
Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono – 1-888-365-3742	Sitio web: https://cuidadodesalud.oregon.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-800-699-9075
PENSILVANIA – Medicaid y CHIP	RHODE ISLAND– Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIP-P-Program.aspx Teléfono: 1-800-692-7462 Sitio web de CHIP: Children's Health Insurance Program (CHIP) (pa.gov) Teléfono de CHIP: 1-800-986-JIDS (5437)	Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 1-855-697-4347 o 401-462-0311 (Direct RIta Share Line)
CAROLINA DEL SUR – Medicaid	DAKOTA DEL SUR – Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820	Sitio web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059
TEXAS – Medicaid	UTAH– Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.hhs.texas.gov/es/servicios/finanzas/progrma-de-pago-de-las-primas-del-seguro-medico Teléfono: 1-800-440-0493	Sitio web de Medicaid: https://medicaid.utah.gov/spanish-language Sitio web de CHIP: https://chip.health.utah.gov/espanol/ Teléfono: 1-877-543-7669
VERMONT – Medicaid	VIRGINIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Department of Vermont Health Access Teléfono: 1-800-250-8427	Sitio web: https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs Error! Hyperlink reference not valid. Teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924
WASHINGTON – Medicaid	WEST VIRGINIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: http://www.hca.wa.gov Teléfono: 1-800-562-3022	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)
WISCONSIN – Medicaid y CHIP	WYOMING – Medicaid
Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002	Sitio web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Teléfono: 1-800-251-1269

Para saber si otros estados han agregado el programa de asistencia con primas desde el 31 de enero de 2024, o para obtener más información sobre derechos de inscripción especial, comuníquese con alguno de los siguientes:

Departamento del Trabajo de EE.UU.
Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados
www.dol.gov/agencies/ebsa/es/about-ebsa/our-activities/informacion-en-espanol
1-866-444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.
Centros para Servicios de Medicare y Medicaid
www.cms.hhs.gov
1-877-267-2323, opción de menú 4, Ext. 6156

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites

Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Ley Pública 104-13) (PRA, por sus siglas en inglés), no es obligatorio que ninguna persona responda a una recopilación de información, a menos que dicha recopilación tenga un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El Departamento advierte que una agencia federal no puede llevar a cabo ni patrocinar una recopilación de información, a menos que la OMB la apruebe en virtud de la ley PRA y esta tenga un número de control actualmente válido de la oficina mencionada. El público no tiene la obligación de responder a una recopilación de información, a menos que esta tenga un número de control actualmente válido de la OMB. Consulte la Sección 3507 del Título 44 del Código de Estados Unidos (USC). Además, sin perjuicio de ninguna otra disposición legal, ninguna persona quedará sujeta a sanciones por no cumplir con una recopilación de información, si dicha recopilación no tiene un número de control actualmente válido de la OMB. Consulte la Sección 3512 del Título 44 del Código de Estados Unidos (USC).

Se estima que el tiempo necesario para realizar esta recopilación de información es, en promedio, de aproximadamente siete minutos por persona. Se anima a los interesados a que envíen sus comentarios con respecto al tiempo estimado o a cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, como sugerencias para reducir este tiempo, a la dependencia correspondiente del Ministerio de Trabajo de EE. UU., a la siguiente dirección: U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, Office of Policy and Research, Attention: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210. También pueden enviar un correo electrónico a ebsa.opr@dol.gov y hacer referencia al número de control de la OMB 1210-0137.

Número de Control de OMB 1210-0137 (vence al 31 de enero de 2026)

Brown & Brown, Inc. y todas sus afiliadas no brindan orientación ni asesoramiento legal, reglamentario o impositivo. Si se necesita asesoramiento o representación legal, debe buscar los servicios de un profesional legal. La información de este documento tiene por objeto proporcionar una descripción general de los servicios contenidos en este documento. Brown & Brown, Inc. no representa ni garantiza la precisión o integridad del documento y no asume ninguna obligación de actualizar o revisar el documento en función de nueva información o cambios futuros.