CAREWELL SEIU 503

Guía sobre las capacitaciones y los beneficios

Carewell SEIU503

2022

Contenido

4 Introducción

9 Beneficios dentales, visuales, auditivos y del programa de asistencia al empleado (DVE) de Carewell SEIU 503

15 Beneficio de tiempo libre remunerado

24 OregonSaves

30 Beneficio de asistencia con los costos de atención médica

38 Capacitaciones

42 Normas de elegibilidad

51 Resumen de beneficios

58 El fideicomiso de beneficios

62 Avisos

Carewell
SEIU503

“ Ayudar a los (las) demás lo es todo para mí. Es uno de mis propósitos en la vida. Los beneficios son fantásticos; son todo lo que podría necesitar.

Aprilla M.

INTRODUCCIÓN

¡Bienvenido(a)!

Sabemos que los (las) proveedores(as) de atención se esfuerzan diariamente para apoyar y cuidar a los (las) demás. Si usted es un (una) trabajador(a) de asistencia personal o atención domiciliaria o un (una) asistente de cuidado personal, Carewell SEIU 503 está aquí para apoyarlo(a). Es por eso que hemos incluido en esta guía información importante sobre el grupo de capacitaciones y beneficios que proveedores(as) de atención de SEIU 503, como usted, han conseguido con esfuerzo. Estos servicios se ofrecen de forma clara y confiable, brindándole la estabilidad, la salud, las habilidades y las capacitaciones que usted se merece.

El grupo de capacitaciones y beneficios de Carewell SEIU 503 se ha ampliado con el tiempo para satisfacer las necesidades cambiantes de los (las) proveedores(as) de atención. Recientemente, en el 2013, uno de cada cuatro trabajadores(as) de asistencia personal y atención domiciliaria de Oregón no contaba con cobertura de atención médica. Es por eso que los (las) miembros de SEIU 503 lucharon arduamente para formalizar el contrato de atención domiciliaria 2013-2015 con el Estado de Oregón. Este contrato creó un nuevo modelo de atención médica que les permite a los (las) trabajadores(as) de asistencia personal y atención domiciliaria, así como a los (las) asistentes de cuidado personal elegibles de Oregón, acceder a una cobertura de atención médica asequible.

Ese año, la Unión empezó a patrocinar dos labor-management trusts (fideicomisos de relaciones entre el empleador y sus empleados). Dichos fideicomisos son alianzas que nos permiten abordar las necesidades comunes de los (las) trabajadores(as) y empleadores.

Continúa en la página 6 >

“ Ya no necesito tener dos trabajos para poder adquirir un seguro.

Brenda M.

Las *opiniones* de los (las) proveedores(as) de atención

“ Finalmente pude adquirir unas gafas. Además, he podido ir al médico y al dentista; servicios que de otro modo no habría podido costear. ¡Es una bendición!

Amanda S.

“ Estoy agradecido por tener la oportunidad de ver a un dentista para que me ayude con mis problemas dentales. Ver mejor y tener una sonrisa resplandeciente han sido bendiciones para mí que hacen que mi trabajo como proveedor de atención valga completamente la pena.

James P.

Asistencia con los costos de atención médica

El primer fideicomiso, el Fidecomiso Complementario para Trabajadores de Atención Domiciliaria de Oregón, ofrece los beneficios de asistencia con los costos de atención médica de Carewell SEIU 503.

Estos beneficios ayudan a los (las) proveedores(as) de atención con el pago de las primas del seguro médico y los gastos médicos por cuenta propia.

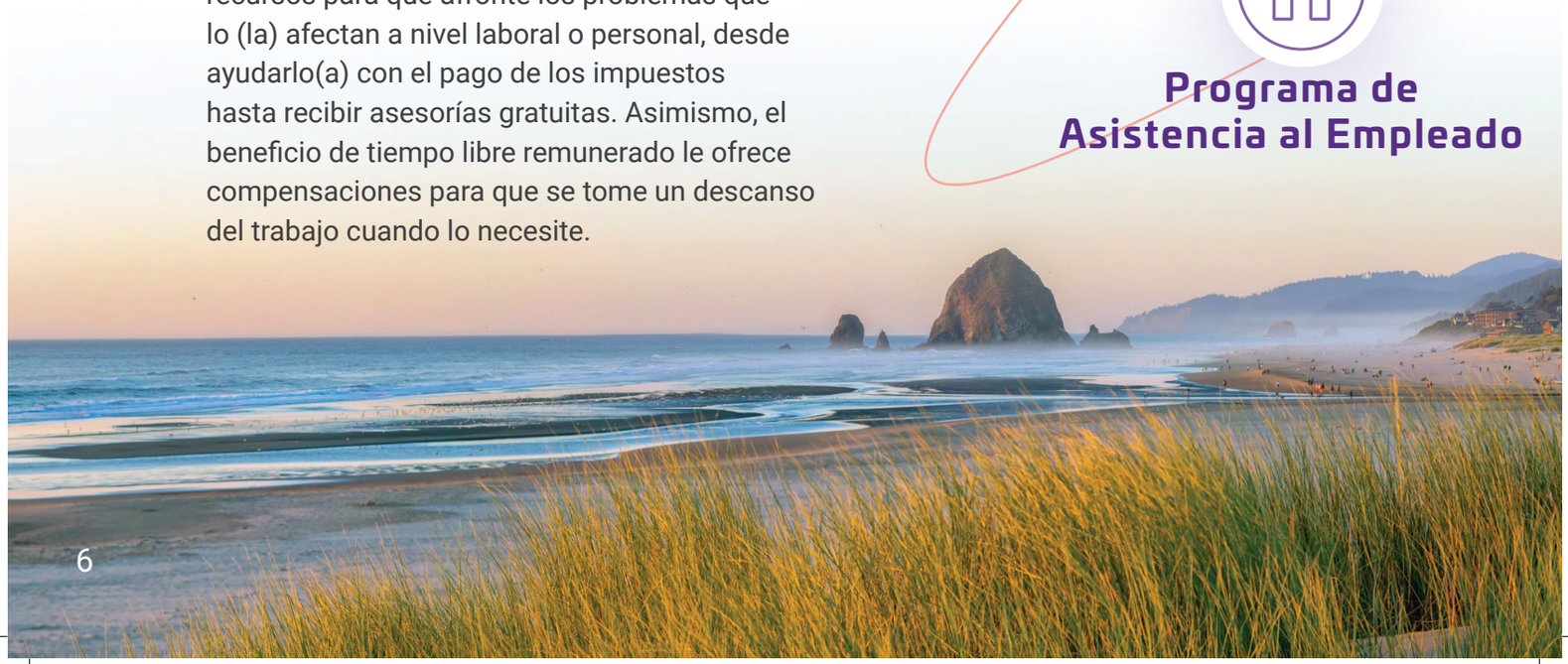
El segundo fideicomiso, el Fideicomiso de Beneficios para Trabajadores de Atención Domiciliaria de Oregón, ofrece los beneficios dentales, visuales, auditivos, del Programa de Asistencia al Empleado (en conjunto y por su sigla en inglés DVE) y de tiempo libre remunerado (por su sigla en inglés PTO) de Carewell SEIU 503.

Beneficio dental

Beneficios visuales y auditivos

Programa de Asistencia al Empleado

Si es elegible, puede que reciba los beneficios dentales, visuales y auditivos, los cuales no tienen prima. A través del Programa de Asistencia al Empleado puede tener acceso a recursos para que afronte los problemas que lo (la) afectan a nivel laboral o personal, desde ayudarlo(a) con el pago de los impuestos hasta recibir asesorías gratuitas. Asimismo, el beneficio de tiempo libre remunerado le ofrece compensaciones para que se tome un descanso del trabajo cuando lo necesite.



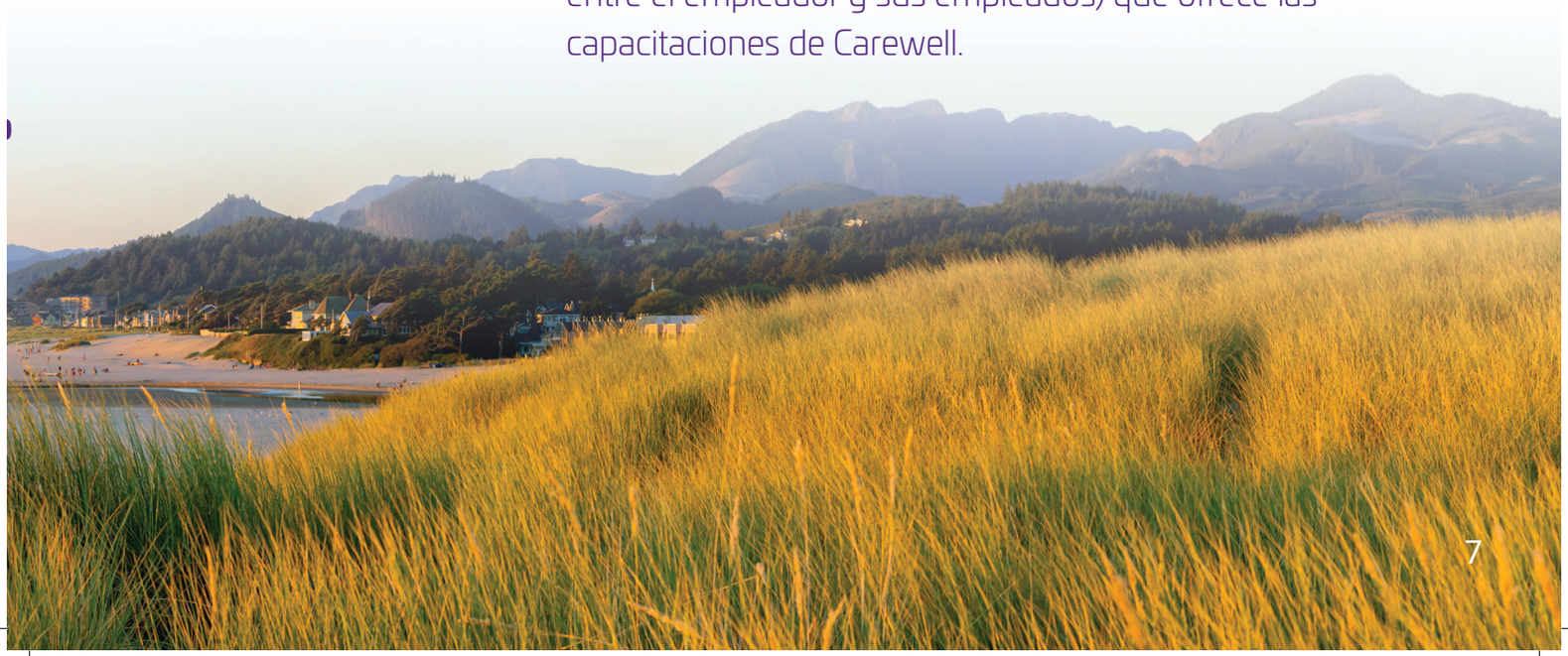
Varios años después de consolidar estos beneficios, se creó un tercer labor-management trust (fideicomiso de relaciones entre el empleador y sus empleados) para ofrecerles capacitaciones a los (las) trabajadores(as) de asistencia personal y atención domiciliaria. Los (las) proveedores(as) de atención domiciliaria sabían que la mejor forma para garantizar una atención segura y de alta calidad para todos(as) los (las) clientes, y un desarrollo profesional para todos(as) los (las) proveedores(as), era equipar a los (las) trabajadores(as) de asistencia personal y atención domiciliaria con capacitación universal.

En el 2018, los (las) trabajadores(as) de asistencia personal y atención domiciliaria de Oregón se unieron con aliados(as) comunitarios(as) para ayudar a aprobar el proyecto de ley del Senado 1534. Esta ley estableció estándares para asegurarse de que todos(as) los (las) trabajadores(as) de asistencia personal y atención domiciliaria de Oregón tuvieran las habilidades, los conocimientos y las capacidades para brindar atención y asistencia de calidad.

Capacitaciones

PTO

En el 2019, los (las) trabajadores(as) de asistencia personal y atención domiciliaria ayudaron a fundar **SEIU 503 Training Partnership**, el labor-management trust (fideicomiso de relaciones entre el empleador y sus empleados) que ofrece las capacitaciones de Carewell.



Al reunirse para crear estos fideicomisos, los (las) proveedores(as) de atención de SEIU 503, como usted, han obtenido mejoras innovadoras y un futuro que pueden controlar. Los Fideicomisos influyen más en el diseño de las capacitaciones y beneficios, y financian los servicios que Carewell SEIU 503 le ofrece.

Para más información, visite CarewellSEIU503.org. Encontrará información útil como:

- **Cuestionarios de elegibilidad para recibir los beneficios**
- **Pasos para inscribirse y recibir los beneficios**
- **La lista de los planes de seguro médico calificados y aprobados**
- **El registro a eventos educativos y capacitaciones**
- **Preguntas frecuentes (por su sigla en inglés FAQ) e información de contacto**
- **Formularios que puede completar para acceder a los beneficios**

El trabajo que realiza como proveedor(a) de atención es fundamental para nuestras comunidades. Puede confiar en que Carewell SEIU 503 le ofrecerá la estabilidad, el apoyo y el trato digno que usted se merece.

BENEFICIOS DENTALES, VISUALES, AUDITIVOS Y DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA AL EMPLEADO (DVE) DE CAREWELL SEIU 503

Carewell SEIU 503

Beneficio dental

El beneficio dental de Carewell SEIU 503 ofrece cobertura por medio de Kaiser Permanente, y usted no tiene que pagar primas. El plan dental paga los servicios dentales preventivos y la mayoría de los servicios dentales básicos, de modo que usted no paga nada. También cubre una parte de los servicios dentales de mayor complejidad.

Para obtener más información sobre la cobertura del plan dental y cómo acceder a los servicios, visite **CarewellSEIU503.org/benefits/dental/.**

¡Consejo!

El término **DVE** se refiere a los beneficios **D**entales, **V**isuales, auditivos y del Programa de Asistencia al **E**mpleado.

Beneficios visuales y auditivos

Los beneficios visuales y auditivos de Carewell SEIU 503 brindan acceso a servicios visuales y auditivos sin prima mensual.

Beneficios visuales

Los beneficios visuales están asegurados por Ameritas a través de la red VSP Choice. Si recurre a un (una) proveedor(a) dentro de la red, los exámenes anuales no tendrán costo ni la mayoría de los lentes; además, recibirá hasta $500 para adquirir monturas o lentes de contacto.

Beneficios auditivos

Los beneficios auditivos están disponibles a través del plan SoundCare de Ameritas. El plan SoundCare no cuenta con una red, puede consultar al (a la) proveedor(a) que desee, pero es probable que tenga que pagar los servicios por su cuenta y después solicitar el reintegro.

LASIK

Los beneficios de cirugía queratomileusis in situ asistida con láser (por su sigla en inglés LASIK) están disponibles a través del plan LASIK Advantage de Ameritas. El plan LASIK Advantage no cuenta con una red, puede consultar al (a la) proveedor(a) que desee, pero es probable que tenga que pagar los servicios por su cuenta y después solicitar el reintegro.

Obtenga más información sobre los beneficios visuales y auditivos en **CarewellSEIU503.org/benefits/vision-and-hearing/**.

Carewell SEIU 503

Programa de Asistencia al Empleado (EAP)

El Programa de Asistencia al Empleado (por su sigla en inglés EAP) de Carewell SEIU 503 ofrece recursos que lo (la) ayudarán en su vida personal. Reliant Behavioral Health es el encargado de prestar los servicios del EAP. Estos servicios son gratuitos e incluyen:

- **Ayuda en casos de crisis, disponible las 24 horas**
- **Hasta cinco sesiones presenciales de asesoramiento por problema cada 12 meses**
- **Consultas en línea de salud mental**
- **Servicios legales con descuento**
- **Asesoría financiera para el hogar, incluyendo ayuda con la declaración de impuestos**
- **¡Y mucho más!**

Consulte más acerca de los beneficios del EAP y cómo acceder a ellos en **CarewellSEIU503.org/benefits/employee-assistance-program/**.

¿Soy elegible para recibir estos beneficios DVE?

Su elegibilidad depende de las horas que trabaje e informe; para garantizar el acceso a los beneficios de Carewell SEIU 503, **asegúrese de presentar oportunamente sus comprobantes de nómina**.

Este solo es un resumen de los requisitos de elegibilidad. Para obtener información detallada, consulte la lista de requisitos de elegibilidad que aparece en las páginas 43 y 44 de esta guía.

Elegibilidad

¿Se ha desempeñado como trabajador(a) de asistencia personal o de atención domiciliaria, o como asistente de cuidado personal, mínimo 40 horas mensuales durante dos meses consecutivos?

SÍ

¡Excelente! Parece que es elegible para recibir los beneficios de Carewell SEIU 503. * Antes de que pueda hacer uso de los beneficios, hay un período de espera de un mes en el que se procesa su información. Seguirá siendo elegible para recibir los beneficios de Carewell SEIU 503, salvo que deje de trabajar por completo durante dos meses consecutivos; es decir, no informe ninguna hora de trabajo elegible[1] (también conocidas como las horas acordadas por la unidad de negociación) durante dos meses consecutivos. Transcurridos los dos meses sin informar ninguna hora, tendrá un período de gracia de un mes antes de que pierda los beneficios.

NO

Parece que en este momento no es elegible para recibir los beneficios dentales, visuales, auditivos ni del EAP que ofrece Carewell SEIU 503, pero puede que sea elegible para recibir los beneficios de tiempo libre remunerado.

Ejemplo: estas son las horas de trabajo que Lucia ha informado desde que empezó en julio.

Jul.	**Ago.**	**Sep.**	**Oct.**	**Nov.**	**Dic.**	**Ene.**
20 h	44 h	48 h	36 h	0 h	16 h	60 h

Lucía trabajó más de 40 horas en agosto y septiembre, de modo que es elegible.

Octubre: mes de espera

Empezará a recibir los beneficios el 1.º de noviembre.

Aunque Lucia no trabajó en noviembre, no perdió los beneficios porque volvió a trabajar 16 horas en diciembre.

* Si trabaja para el Programa de Elecciones Independientes y no recibe su salario a través de Acumen, puede que no sea elegible para recibir los beneficios de Carewell SEIU 503. Para obtener información detallada adicional, consulte la página 53 de esta guía o llame al 1-844-503-7348.

[1] Siempre que se mencione “horas de trabajo” en esta guía, se hará referencia a las horas acordadas por la unidad de negociación; es decir, las horas que paga Acumen, el Departamento de Servicios Humanos (por su sigla en inglés DHS) y/o Public Partnership, LLC (por su sigla en inglés PPL) en nombre de su cliente.

¿Cómo funcionan los beneficios DVE?

La Benefits Administrative Office (Oficina Administrativa de Beneficios) determina la elegibilidad para recibir los beneficios DVE. Le enviaremos notificaciones a la dirección que usted registró ante el Estado en caso de que sea elegible para recibir los beneficios y también le advertiremos cuando esté a punto de perder la elegibilidad. Si tiene preguntas sobre su elegibilidad para recibir los beneficios, puede llamar al 1-844-503-7348.

Los beneficios dentales, visuales, auditivos y del EAP se programarán automáticamente una vez usted haya:

- **cumplido los requisitos de elegibilidad explicados anteriormente; y**
- **actualizado su información como nombre, género, número de seguridad social y dirección actual en el registro de la Benefits Administrative Office (Oficina Administrativa de Beneficios) y del Estado.**

Puede actualizar la información en el registro de la Benefits Administrative Office (Oficina Administrativa de Beneficios) en línea, a través de **CarewellSEIU503.org/resources/forms**.

Recibirá una tarjeta de la cobertura dental derivada del plan dental de Kaiser (salvo que usted tenga el seguro médico de Kaiser, en cuyo caso el documento de identificación del plan médico también le servirá como identificación para el plan dental). También recibirá las tarjetas de cobertura de Ameritas relacionadas con los beneficios visuales, auditivos y de LASIK. No hay una tarjeta de cobertura para los beneficios del EAP.

Si no quiere recibir los beneficios dentales, visuales, auditivos ni del EAP que ofrece Carewell SEIU 503, puede completar un Benefits Waiver Form (Formulario de Renuncia a los Beneficios) en **CarewellSEIU503.org/resources/forms**.

BENEFICIO DE TIEMPO LIBRE REMUNERADO

El beneficio de tiempo libre remunerado (PTO) de Carewell SEIU 503 lo (la) ayudará a tomarse un descanso del trabajo cuando lo necesite.

Tener la posibilidad de tomarse un descanso no solo es importante para su salud sino para la salud del (de la) cliente. Carewell SEIU 503 les ofrece a los (las) proveedores(as) de atención elegibles hasta 40 horas de PTO al año.

Conozca más sobre el tiempo libre remunerado en **CarewellSEIU503.org/PTO**.

Descripción general de la elegibilidad

Este solo es un resumen de la manera en que los (las) trabajadores(as) de asistencia personal y atención domiciliaria, así como los (las) asistentes de cuidado personal, pueden ser elegibles para recibir los beneficios de PTO. Para obtener información detallada acerca de la elegibilidad, consulte la lista de requisitos que aparece en las páginas 44 a la 48 de esta guía.

A fin de ser elegible para recibir los beneficios de tiempo libre remunerado de Carewell SEIU 503, debe:

1. **Trabajar 80 horas de trabajo elegibles o más, es decir, las horas acordadas por la unidad de negociación, durante uno de los meses calificados:**

- **Para obtener 20 horas de beneficios de PTO en febrero, debió haber trabajado 80 horas o más en octubre, noviembre o diciembre del año anterior.**
- **Para obtener 20 horas de beneficios de PTO en julio, debió haber trabajado 80 horas o más en marzo, abril o mayo del mismo año.**

Y

2. **Enviar el Form W-9 (Formulario W-9) a la Benefits Administrative Office (Oficina Administrativa de Beneficios), disponible en el sitio web de Carewell: CarewellSEIU503.org/forms.**

¡Consejo!

¡Reciba los beneficios más rápido! El depósito directo es una excelente forma de recibir el pago de los beneficios de PTO de forma rápida y segura. Simplemente complete el Direct Deposit Form (Formulario de Depósito Directo), disponible en el sitio web de Carewell, y envíe una copia de un cheque anulado a la Benefits Administrative Office (Oficina Administrativa de Beneficios).

¿Cómo usar el beneficio de PTO?

Luego de que haya trabajado la cantidad de horas requeridas para obtener los beneficios de PTO, Carewell SEIU 503 le enviará por correo postal información sobre el monto equivalente al beneficio de PTO que puede recibir. Por lo general, las cartas se envían por correo postal dos veces al año: a mediados de febrero y a mediados de julio.

Puede solicitar el pago del beneficio al completar el PTO Benefit Request Form (Formulario de Solicitud de Beneficios de PTO), disponible en el sitio web de Carewell: CarewellSEIU503.org/forms. Si no tiene acceso al sitio web, puede solicitar que le envíen por correo postal dicho formulario impreso llamando al 1-844-503-7348.

Luego de que se procese el PTO Request Form (Formulario de Solicitud de PTO), usted recibirá el pago. Para que el pago sea rápido y seguro, inscríbase para recibir un depósito directo en su cuenta bancaria usando el formulario disponible en el sitio web de Carewell: CarewellSEIU503.org/forms. Si no se inscribe para recibir un depósito directo, se le enviará por correo postal un cheque impreso.

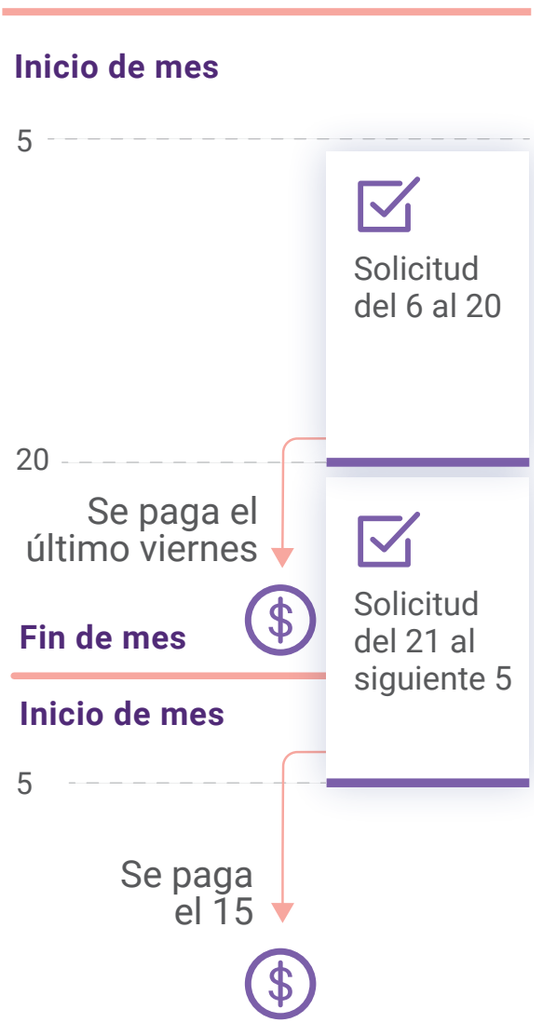
Usted no es responsable de buscar a alguien que lo (la) sustituya mientras se toma su licencia. El (la) cliente es el (la) principal responsable de seleccionar y contratar a sus proveedores(as). Sin embargo, el (la) cliente debe aprobar con anticipación su solicitud de tiempo libre y debe haber un(a) sustituto(a) si resulta necesario. Asimismo, el (la) cliente debe notificarle a la agencia correspondiente para que autorice las horas del (de la) trabajador(a) sustituto(a).

¿Cuándo podré recibir el pago del beneficio de PTO?

Los beneficios se pagan luego de recibir y procesar su PTO Benefit Request Form (Formulario de Solicitud de Beneficios de PTO).

En febrero, marzo, julio y agosto, se procesan los PTO Benefit Request Forms (Formularios de Solicitud de Beneficios de PTO), una vez al mes. Los formularios recibidos antes del día 20 del mes se procesarán de modo tal que el pago se realice al final del mes.

En los otros meses, el pago se realiza de acuerdo con el siguiente calendario:



- **Los Request Forms (Formularios de Solicitud) enviados antes del día 5 del mes se procesan de modo tal que el pago se realiza el día 15 del mes.**
- **Los Request Forms (Formularios de Solicitud) enviados entre el día 6 y 20 del mes se procesan de modo tal que el pago se realiza el último viernes del mes.**
- **Los Request Forms (Formularios de Solicitud) enviados después del día 20 del mes se procesan de modo tal que el pago se realiza el día 15 del siguiente mes.**

¡Consejo!

¡Reciba el pago del beneficio de PTO más rápido!

- Asegúrese de que ha presentado un Form W-9 (Formulario W-9) ante la Benefits Administrative Office (Oficina Administrativa de Beneficios). Puede completar este formulario en cualquier momento.
- Complete el PTO Benefit Request Form (Formulario de Solicitud de Beneficios de PTO) en línea tan pronto le notifiquen que es elegible. Completar el formulario en línea es la manera más rápida, sencilla y a prueba de errores de enviar una solicitud de PTO.
- Elija el depósito directo. Al pedir que le depositen directamente a su cuenta bancaria elimina el tiempo que se invierte en el envío por correo postal y garantiza que el cheque no se confunda con propaganda. (¡Sabemos que ya ha ocurrido!).

¡Consejo! Beneficio de PTO

"Cumulativo"

Los beneficios de tiempo libre remunerado no se suman al monto del próximo año. Es decir que si no solicita todos los beneficios en el año que los obtuvo, se le pagarán automáticamente en febrero del siguiente año los beneficios restantes que podía reclamar, pero no solicitó; siempre y cuando haya presentado un Form W-9 (Formulario W-9) ante la Benefits Administrative Office (Oficina Administrativa de Beneficios).

Esto puede ser confuso porque el tiempo que pasa entre obtener los beneficios y recibir los fondos puede ser prolongado si no completa un PTO Benefit Request Form (Formulario de Solicitud de Beneficios de PTO). Pueden pasar hasta 14 meses entre el tiempo en que obtuvo los beneficios y el momento en el que recibe el pago.

> *Ginger está muy confundida. En febrero del 2022, recibió dos cartas de Carewell: en una le decían que era elegible para recibir 20 horas de beneficios de PTO, y en la otra que se habían depositado en su cuenta corriente 30 horas de beneficios de PTO.*

¿A qué se debe esto? Esta es la explicación.

Ginger, una trabajadora de asistencia personal en Grants Pass, trabajó 80 horas en octubre del 2020, de modo que era elegible para recibir 20 horas de beneficios de PTO a partir de febrero del 2021. Ella pudo haber completado un PTO Benefit Request Form (Formulario de Solicitud de Beneficios de PTO), disponible en CarewellSEIU503.org/forms, y haber solicitado de inmediato el pago de ese beneficio, pero ella decidió que no lo solicitaría en ese momento. Sin embargo, ella completó un Form W-9 (Formulario W-9).

En mayo del 2021, Ginger volvió a trabajar 80 horas, de modo que podía recibir 20 horas más de beneficios de PTO en julio del 2021. De nuevo, ella optó por no solicitar el pago del beneficio. En este punto, ella tenía 40 horas en su "banco" de PTO del 2021.

En septiembre del 2021, Ginger solicitó el pago equivalente a 10 horas de beneficio de PTO para tomarse un descanso y visitar a su madre. En octubre del 2021, Ginger trabajó 80 horas. Esto la hizo merecedora de 20 horas de beneficios de PTO para el 2022, que podía reclamar a partir de febrero del 2022.

En febrero del 2022, Ginger recibió un depósito directo con el monto equivalente a las horas que le quedaban de beneficios de PTO del 2021. Debido a que Ginger había presentado un Form W-9 (Formulario W-9) ante la Benefits Administrative Office (Oficina Administrativa de Beneficios), pudo recibir un pago automático de los beneficios restantes del 2021. El pago era el equivalente a 30 horas de beneficios de PTO (20 horas que obtuvo en febrero del 2021 más 20 horas que obtuvo en julio del 2021, menos las 10 horas que se le pagaron en septiembre del 2021).

En febrero del 2022, Ginger también obtuvo 20 horas adicionales de beneficios de PTO que se ingresarán a su banco de PTO del 2022. Como Ginger cumplió el requisito para recibir 20 horas de beneficios de PTO al trabajar 80 horas en octubre del 2021, Carewell le envió una carta avisándole que había obtenido 20 horas de beneficios de PTO.

¿Cómo funciona el PTO?

Las cartas de determinación de PTO se envían en **febrero y julio**, en las cuales se anuncia la cantidad de horas y el monto de dinero equivalente; además, se explica cómo reclamar este beneficio.

Puede reclamar estas horas al completar el Benefit Request Form (Formulario de Solicitud de Beneficios). Si no reclama las horas, pero presenta un W-9 Form (Formulario W-9) ante la Benefits Administrative Office (Oficina Administrativa de Beneficios), dichas horas se pagarán en **febrero del siguiente año**.

Debe trabajar 80 horas en **UNO de estos meses** para poder recibir 20 horas de PTO en febrero del siguiente año.

Debe trabajar 80 horas en **UNO de estos meses** para poder recibir 20 horas de PTO en julio del mismo año.

Liquidación en febrero: se envía el pago del PTO que no se reclamó en los ciclos de febrero y julio del año anterior.

Designación de beneficiarios(as)

Los (las) trabajadores(as) que sean elegibles para recibir el beneficio de PTO tienen la opción de designar a un (una) beneficiario(a); en otras palabras, puede informarnos quién debería recibir el pago del beneficio de PTO en caso de que usted fallezca antes de recibirlo. Para designar a un (una) beneficiario(a), complete el PTO Beneficiary Form (Formulario de Designación de Beneficiarios del PTO), disponible en el sitio web de Carewell: CarewellSEIU503.org/forms.

* Por lo general, las reglas pueden cambiar debido a circunstancias especiales.

Pérdida de los cheques del beneficio de PTO

De vez en cuando, los cheques con el pago del beneficio de PTO se pierden en el correo postal, o el (la) destinatario(a) accidentalmente los recicla pensando que es propaganda. En estos casos, la Benefits Administrative Office (Oficina Administrativa de Beneficios) puede emitir un nuevo cheque. Sin embargo, usted es el (la) responsable de pagar el costo por la cancelación del cheque original. Le sugerimos que espere mínimo 10 días hábiles después de la emisión de un cheque antes de solicitar uno nuevo.

Los casos de pérdida de cheques no son muy comunes, pero puede ser inquietante si usted contaba con ese dinero. Tener que cubrir el costo de la cancelación de un cheque es una carga adicional. Esta es una de las razones por las cuales le recomendamos encarecidamente que utilice el servicio de depósito directo en caso de que esta opción sea viable para usted.

Impuestos y beneficios de PTO

El tiempo libre remunerado es un ingreso gravable; por ende, debe presentar un Form W-9 (Formulario W-9) ante la Benefits Administrative Office (Oficina Administrativa de Beneficios) a fin de ser elegible para recibir el beneficio de PTO. Si en un año recibe $600 o más equivalentes a beneficios de PTO, la Benefits Administrative Office (Oficina Administrativa de Beneficios) le enviará un Form 1099-NEC (Formulario 1099-NEC). Sin embargo, aunque no reciba un Form 1099-NEC (Formulario 1099-NEC), el beneficio de PTO aún se considera un ingreso gravable.

Con quién comunicarse si necesita más información sobre el beneficio de PTO

Si tiene preguntas sobre los beneficios de PTO que ofrece Carewell SEIU 503, comuníquese con la Benefits Administrative Office (Oficina Administrativa de Beneficios) al 1-844-507-7554, opción 3 y luego opción 2. Algunos de los motivos por los cuales podría llamar son:

- **Quiere preguntar sobre el saldo de los beneficios de PTO (saber cuántas horas de beneficio de PTO le quedan).**
- **Considera que el monto del cheque que recibió por el beneficio de PTO es incorrecto.**
- **No recibió un paquete relacionado con la elegibilidad para tener PTO, pero cree que debería haberlo recibido.**

Si tiene preguntas **generales** sobre cómo funciona el PTO de Carewell, puede consultar la sección Tiempo libre remunerado en el sitio web de Carewell SEIU 503: **CarewellSEIU503.org/PTO**, o llamar al **1-844-503-7348**.

OREGONSAVES

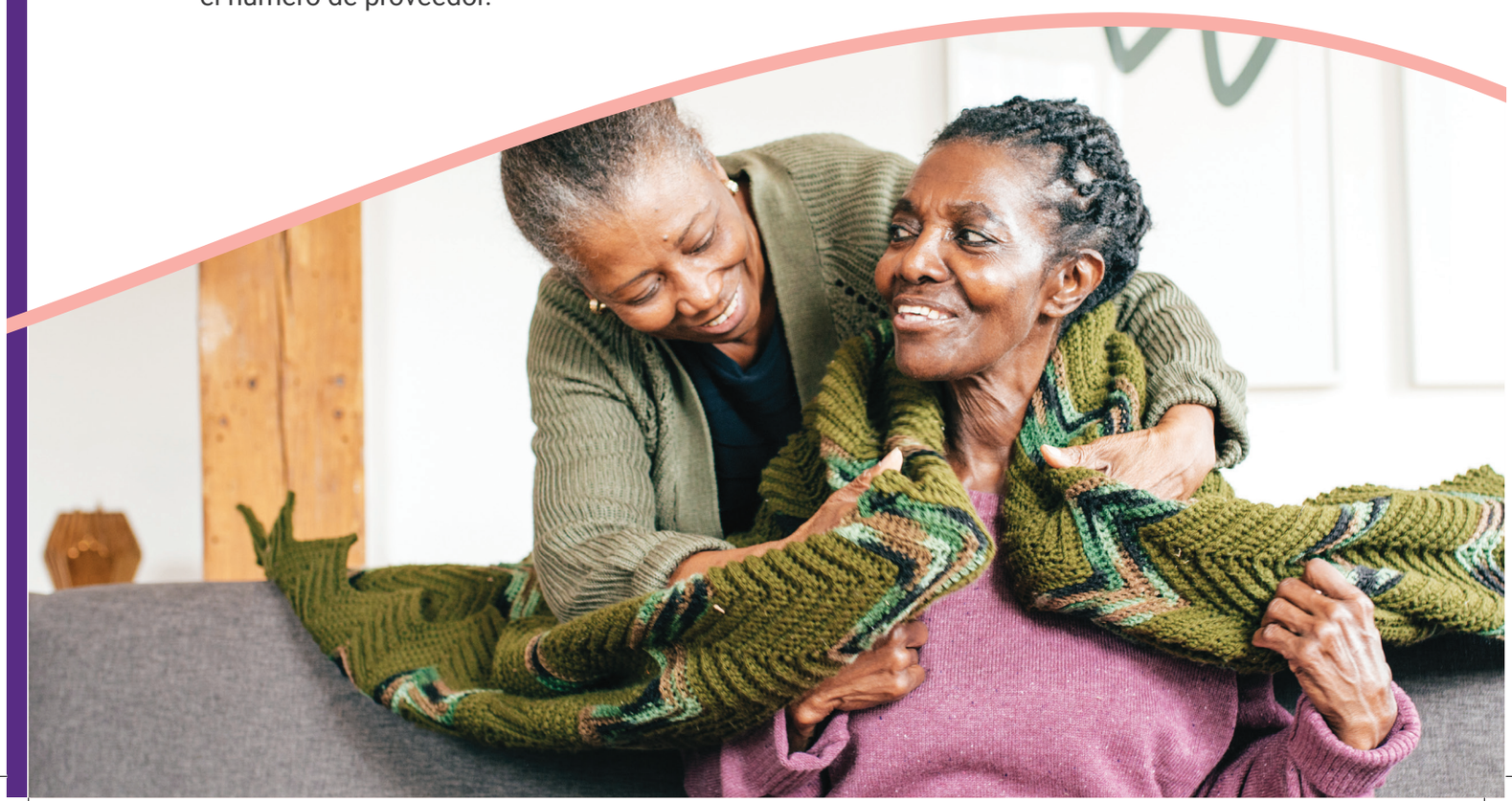
OregonSaves es un plan de jubilación innovador dirigido a los (las) trabajadores(as) de Oregón, que el Estado de Oregón administra.

Si bien OregonSaves no forma parte del grupo de beneficios de Carewell SEIU 503, los (las) trabajadores(as) de asistencia personal y atención domiciliaria, así como los (las) asistentes de cuidado personal, pueden participar en este programa de beneficios gracias a un acuerdo celebrado entre el equipo de negociación de SEIU 503 y el Estado de Oregón. Puede elegir el monto que desea aportar a su plan de jubilación de OregonSaves. Si no elige un monto, automáticamente se le descontará el 5 % de su sueldo antes de impuestos. A continuación, encontrará una descripción general del programa de OregonSaves. Si tiene preguntas o le gustaría obtener más información sobre este programa, comuníquese con OregonSaves en Saver.OregonSaves.com o llame al 1-844-661-6777.

Descripción general de la elegibilidad

Los (las) trabajadores(as) de asistencia personal y los (las) asistentes de cuidado personal son elegibles para inscribirse en OregonSaves después de recibir un número de proveedor y completar la verificación de antecedentes. Los (las) trabajadores(as) solo recibirán la carta o el correo electrónico de invitación al programa de OregonSaves luego de que el (la) trabajador(a) de asistencia personal (por su sigla en inglés PSW) aparezca en el sistema y esté vinculado(a) a un (una) cliente.

Los (las) trabajadores(as) de atención domiciliaria son elegibles para recibir el beneficio de OregonSaves luego de que obtengan su número de proveedor. Deben recibir la carta o el correo electrónico de invitación al programa de OregonSaves poco después de recibir el número de proveedor.



¿Cómo usar el beneficio de OregonSaves?

Cuando sea elegible para recibir el beneficio de OregonSaves, recibirá una carta o correo electrónico de invitación. Si desea hacer el aporte automático del 5 % de su sueldo antes de impuestos, no tiene que hacer nada; automáticamente quedará inscrito(a) y se le descontará dicho monto si es elegible.

Si no se desvincula para dejar de recibir el beneficio de OregonSaves, sus aportes se descontarán por nómina a partir del primer sueldo que reciba después de que se cumpla el período de desvinculación inicial de 30 días. Sus aportes se consignarán a una cuenta de ahorros Roth IRA, y usted puede elegir entre una variedad de fondos en los que puede invertir. Estos ahorros a lo largo de su carrera profesional pueden suponer un gran impacto en la seguridad financiera al momento de la jubilación.

Si desea hacer cambios en su cuenta de OregonSaves (por ejemplo, cambiar el monto de su aporte), o si quiere desvincularse del beneficio, visite el sitio web de OregonSaves: **Saver.OregonSaves.com**, o llame al 1-844-661-6777.

Para hacer cambios en su cuenta, se le solicitará un código de acceso, disponible en la invitación que OregonSaves le envíe por correo postal (o correo electrónico). Si no recibió un código de acceso, comuníquese con OregonSaves al 1-844-661-6777.

¡Consejo! Incremento automático

El beneficio de OregonSaves incluye una característica conocida como “incremento automático”; es decir, si usted realiza un aporte a su cuenta de jubilación de OregonSaves el 1.º de julio o antes, en un año en particular, el monto de su aporte aumentará automáticamente 1 % a partir del 1.º de enero del año siguiente. El incremento automático seguirá funcionando hasta que usted lo desactive o su tasa de aporte llegue al 10 %.

En cualquier momento puede desactivar el incremento automático ingresando a su cuenta de OregonSaves en Saver.OregonSaves.com, o llamando al 1-844-661-6777.

Ejemplo del incremento automático

Ted está teniendo problemas para comprender lo que ocurre con su sueldo. Acaba de descubrir una deducción extraña que no había notado antes. Decidió revisar los comprobantes de pago de meses anteriores y se dio cuenta de que le han hecho esa deducción desde hace un tiempo, aunque los montos difieren un poco. ¿Qué está pasando?

El 15 de abril del 2021, Ted empezó a desempeñarse como el trabajador de asistencia personal de su abuela. El 20 de mayo del 2021, recibió una carta de invitación de parte de OregonSaves, en la cual le informaban que era elegible para inscribirse al plan de jubilación. Ted ignoró la carta y después se olvidó de ella.

El 19 de junio del 2021, 30 días después de que Ted recibió la carta de invitación, se empezaron a deducir automáticamente de su sueldo los aportes a OregonSaves. El aporte automático del 5 % equivalía a $32 de su sueldo aproximadamente (Ted trabajó 80 horas al mes y le pagaban $15.77 la hora).

El 1.º de enero del 2022, la tasa de aporte de Ted aumentó al 6 % debido al incremento automático, lo que equivalía a $38 de su sueldo.

El 20 de junio del 2022, Ted se dio cuenta por primera vez de la deducción de $38 de su sueldo, pero no sabía el motivo. Se comunicó con Carewell al 1-844-503-7348 para pedir ayuda y, después de poco tiempo, el representante de Carewell y Ted descubrieron que la deducción equivalía al aporte a la cuenta de ahorros del plan de jubilación que Ted tenía en OregonSaves.

Ted quería conocer más sobre su cuenta, así que llamó a OregonSaves al 1-844-661-6777. Estaba gratamente sorprendido de saber que, después de un año de ahorro, ¡tenía en su cuenta cerca de $850!

Ted decidió que esta era una inversión en su jubilación que valía la pena, pero quería desactivar el incremento automático anual de su aporte. El agente de OregonSaves lo ayudó a desactivar el incremento automático y, ahora, Ted está tranquilo al saber que tiene una cuenta de jubilación segura y que crece constantemente.

Cómo acceder a los aportes a OregonSaves

Puede retirar sus ahorros de la cuenta de jubilación de OregonSaves en cualquier momento; sin embargo, es posible que haya consecuencias fiscales de por medio si retira sus ahorros antes de cumplir una determinada edad. Debido a que las cuentas de OregonSaves son Roth IRA, cualquier distribución o retiro estará sujeto a impuestos, de conformidad con las reglas fiscales federales que sean aplicables. Carewell SEIU 503 no ofrece asesoría fiscal. Para obtener más información, comuníquese con su asesor fiscal.

Con quién comunicarse si necesita más información sobre el beneficio de OregonSaves

Si tiene preguntas sobre su cuenta de OregonSaves, visite el sitio web de OregonSaves: **Saver.OregonSaves.com**, o llame al **1-844-661-6777**. Algunos de los motivos por los cuales podría comunicarse con OregonSaves son:

- **Conocer su saldo actual.**
- **Conocer más sobre cómo lograr sus metas de ahorro para la jubilación usando la "Retirement Savings Calculator" (Calculadora de ahorros para la jubilación).**
- **Cambiar el monto de su aporte o sus distribuciones.**
- **Desvincularse del beneficio.**

En caso de que cambie el monto de su aporte u opte por desvincularse del todo, OregonSaves comparte las actualizaciones de su cuenta con el Estado semanalmente. Si ha pasado una semana o menos desde que se comunicó con OregonSaves para realizar los cambios en su cuenta, puede que estos aún no se hayan enviado al Estado.

HCW/PCA

Si usted es un (una) trabajador(a) de atención domiciliaria (por su sigla en inglés HCW) o un (una) asistente de cuidado personal (por su sigla en inglés PCA),

- **ha pasado más de una semana desde que se comunicó con OregonSaves para realizar las actualizaciones en su cuenta y**
- **todavía sigue viendo deducciones incorrectas en su sueldo,**

envíe un correo electrónico a la Comisión de Atención Domiciliaria de Oregón (por su sigla en inglés OHCC) al **OHCC.CustomerRelations@dhsoha.state.or.us**, indicando su nombre completo, número de proveedor e información de contacto. También puede llamar a la Comisión de Atención Domiciliaria de Oregón al **1-877-867-0077**.

PSW al que le paga PPL

Si usted es un(a) trabajador(a) de asistencia personal,

- **ha pasado más de una semana desde que se comunicó con OregonSaves para realizar las actualizaciones en su cuenta y**
- **todavía sigue viendo deducciones incorrectas en su sueldo,**

envíe un correo electrónico a **PSW.Enrollment@dhsoha.state.or.us**, indicando su nombre completo, número de proveedor e información de contacto.

Si tiene preguntas **generales** sobre cómo funciona OregonSaves, visite el sitio web de Carewell SEIU 503: **CarewellSEIU503.org**, o llame al **1-844-503-7348**.

BENEFICIO DE ASISTENCIA CON LOS COSTOS DE ATENCIÓN MÉDICA

El beneficio de asistencia con los costos de atención médica (por su sigla en inglés HCA) de Carewell SEIU 503 permite que la atención médica sea asequible para los (las) trabajadores(as) de asistencia personal y atención domiciliaria, así como para los (las) asistentes de cuidado personal de Oregón.

No se trata de una cobertura del empleador ni un acuerdo de reintegro de gastos médicos (por su sigla en inglés HRA). Por el contrario, si usted ya cuenta con un plan de seguro médico (que se aborda detalladamente más adelante), los beneficios de HCA de Carewell pueden ayudarlo(a) a pagar las primas de su seguro y los gastos por cuenta propia elegibles.

¿Qué beneficios de asistencia con los costos de atención médica puedo recibir?

Este solo es un resumen de los requisitos de elegibilidad. Para obtener información detallada, consulte la lista de requisitos de elegibilidad que aparece en las páginas 43 y 44 de esta guía.

- **A fin de ser elegible para recibir los beneficios de HCA, lo primero que debe hacer es determinar si es elegible para recibir los beneficios dentales, visuales, auditivos y del EAP que ofrece Carewell SEIU 503. [Consulte la página 13 para ver el gráfico de elegibilidad para recibir DVE].**
- **La elegibilidad para recibir los beneficios de HCA dependen del tipo de cobertura médica que tenga actualmente.**

Cobertura médica	Los beneficios de asistencia con los costos de atención médica cubren:
Medicare	• **Por lo general, el monto total de la prima estándar del Seguro Médico de Medicare (Parte B) **** • **Una parte de las primas del Plan de Medicamentos Recetados de Medicare (Parte D), Plan Complementario o Medicare Advantage **** Los gastos por cuenta propia derivados de los servicios cubiertos por Medicare, hasta el subsidio máximo que se deposita anualmente en la tarjeta prepagada de beneficios (por su sigla en inglés BCC) ***
Plan de seguro médico del Mercado de Seguros aprobado por el Fideicomiso *	El monto total de la prima mensual (luego de que se deduzca el monto máximo disponible del crédito fiscal anticipado para la prima) Los gastos por cuenta propia derivados de los servicios cubiertos por el plan de seguro, hasta el subsidio máximo que se deposita anualmente en la BCC ***
Plan de seguro médico del Mercado de Seguros **no aprobado** por el Fideicomiso	Una parte de las primas mensuales que corresponden al reintegro de prima promedio Los gastos por cuenta propia derivados de los servicios cubiertos por el plan de seguro, hasta el subsidio máximo que se deposita anualmente en la BCC *** Para seguir recibiendo los beneficios de HCA, tiene que inscribirse en un plan médico calificado y aprobado del Mercado Federal apenas tenga la oportunidad (por lo general, durante el período de inscripción abierta, que suele llevarse a cabo entre el 1.º de noviembre y el 15 de diciembre para que la cobertura empiece a regir a partir del 1.º de enero del siguiente año).

* Un plan médico calificado y aprobado es una opción de cobertura que el Consejo del Fideicomiso Complementario eligió y que se ofrece en un mercado de seguros médicos, ya sea en el Mercado Federal (healthcare.gov, que es la plataforma para los (las) clientes de Oregón) o en el Mercado de Seguros Estatal (en Washington: wahealthplandfinder.org, en California: coveredca.com, y en Idaho: yourhealthidaho.org). El Consejo Directivo elige los planes médicos calificados y aprobados en función de su alta calidad y asequibilidad. A fin de recibir los beneficios de HCA para costear los gastos de un plan aprobado del Mercado de Seguros, tiene que inscribirse en un plan calificado y aprobado para su área.

Cobertura médica	Los beneficios de asistencia con los costos de atención médica cubren:
No está asegurado(a) — No tiene cobertura médica	Puede que sea elegible para recibir los beneficios de HCA si está inscrito(a) en un plan médico calificado y aprobado del Mercado de Seguros. Tenga en cuenta que, por lo general, solo puede inscribirse durante un período de inscripción abierta (en el caso del Mercado Federal suele llevarse a cabo entre el 1.º de noviembre y el 15 de diciembre para que la cobertura empiece a regir a partir del 1.º de enero del siguiente año).
Cobertura a través del plan del cónyuge	Si está inscrito(a) en una cobertura a través del plan que ofrece el trabajo de su cónyuge, usted no es elegible para recibir los beneficios de HCA. Si opta por no inscribirse en un plan médico a través del plan que ofrece el trabajo de su cónyuge, puede que sea elegible para recibir los beneficios de HCA; siempre y cuando esté inscrito(a) en un plan médico calificado del Mercado de Seguros, aprobado por el Fideicomiso. Tenga en cuenta que, por lo general, solo puede inscribirse durante un período de inscripción abierta (en el caso del Mercado Federal suele llevarse a cabo entre el 1.º de noviembre y el 15 de diciembre para que la cobertura empiece a regir a partir del 1.º de enero del siguiente año).
Cobertura que ofrece otro empleador	Si recibe una cobertura médica patrocinada por otro empleador (que no sea al que le presta servicios de atención), usted no es elegible para recibir los beneficios de HCA.
Medicaid/OHP	En este momento, usted no es elegible para recibir los beneficios de HCA. Llámenos si pierde la cobertura en Medicaid.

¿El tipo de cobertura que tiene no aparece en la lista anterior? Visite el sitio web de Carewell: **CarewellSEIU503.org/benefits/healthcare-cost-assistance**, o llame al **1-844-503-7348** a fin de averiguar si es elegible para recibir los beneficios de HCA.

** Los montos exactos de la prima pueden variar de un año a otro. Por lo general, puede encontrar en línea el monto de la prima estándar de la Parte B: medicare.gov/your-medicare-costs/part-b-costs.

*** El subsidio que se deposita anualmente en la BCC puede variar de un año a otro. Para obtener información detallada, consulte la página 54.

¿Cómo funciona el beneficio de asistencia con los costos de atención médica?

Asistencia con los costos de atención médica para beneficiarios(as) de Medicare

- Complete la documentación requerida por Medicare (solo necesita enviarla una vez, salvo que su información cambie).
- En lo que respecta al pago de la prima, envíe un Medicare Reimbursement Form (Formulario de Reclamación de Reintegro de Medicare) a la Benefits Administrative Office (Oficina Administrativa de Beneficios) con pruebas del pago de la prima de la Parte B, y del pago de la prima de la Parte D, del Plan Complementario o del Medicare Advantage, según corresponda. (Utilice la Social Security Letter (Carta del Seguro Social) que recibe anualmente como prueba del pago de la prima de la Parte B. La prueba más común del pago de la prima de la Parte D, del Medicare Advantage o del Plan Complementario es la factura que muestra el monto de la prima de dicho plan).
- Recibirá reintegros mensuales por el pago de las primas, ya sea por cheque o por depósito directo en su cuenta bancaria. Por lo general, el depósito directo es más rápido y seguro, y puede inscribirse en línea en **CarewellSEIU503.org/medicare**.
- Ameriflex le enviará una tarjeta prepagada de beneficios (BCC), una tarjeta débito Mastercard, para que pague los gastos médicos por cuenta propia cubiertos por Medicare, hasta el monto máximo anual que se deposita en la BCC. No puede utilizar la BCC para pagar las primas de Medicare.

Para obtener información adicional y los formularios requeridos que puede enviar en línea, visite **CarewellSEIU503.org/medicare**.

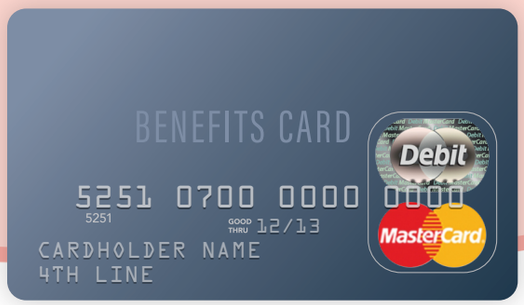
Asistencia con los costos de atención médica para planes calificados y aprobados:

- Visite **CarewellSEIU503.org/approved-plans** para encontrar los planes aprobados para su área y para obtener más información sobre los pasos que debe seguir para inscribirse.
- **A fin de recibir los beneficios de HCA para costear los gastos de un plan aprobado del Mercado de Seguros, tiene que inscribirse en un plan médico calificado y aprobado para su área.** Sin embargo, si se vuelve elegible para recibir los beneficios de Carewell SEIU 503 después de que se termine el período de inscripción abierta, y está inscrito(a) en un plan no aprobado a través del Mercado de Seguros Médicos, puede que cumpla los requisitos para recibir un reintegro de prima promedio. No obstante, a fin de seguir siendo elegible para recibir los beneficios de HCA, debe inscribirse en un plan calificado y aprobado para su área tan pronto tenga la oportunidad; por lo general, durante la inscripción abierta.
- En general, solo puede inscribirse o cambiar su cobertura adquirida en el Mercado de Seguros durante la inscripción abierta. En el Mercado Federal (healthcare.gov), **la inscripción abierta suele llevarse a cabo entre el 1.º de noviembre y el 15 de diciembre para que la cobertura empiece a regir a partir del 1.º de enero del siguiente año.** Existen algunas excepciones: eventos calificados que le permiten acceder a un período especial de inscripción de 60 días. Perder la cobertura médica (por motivos distintos a la falta de pago) también podría darle acceso a un período especial de inscripción. Si pierde la cobertura o es elegible para recibir los beneficios de Carewell SEIU 503, ¡llame tan pronto como sea posible al 1-844-503-7348!
- Incluso si ya cuenta con los beneficios de asistencia con los costos de atención médica, deberá pagarle la prima mensual a su aseguradora.
  - Debe pagar la primera prima antes de la fecha en la que su cobertura entre en vigor.
  - Si no paga la primera prima antes de la fecha límite, no se activará la cobertura médica y probablemente se quede sin cobertura en lo que resta del año.
- Ameriflex le enviará una tarjeta prepagada de beneficios (BCC), una tarjeta débito Mastercard, para que pague las primas, después de deducir el monto máximo del crédito fiscal anticipado para la prima que tiene disponible, así como los gastos médicos por cuenta propia derivados de los servicios cubiertos por su plan de seguro médico.

¡Consejo! **¿No tiene internet?** ¡Llámenos al 1-844-503-7348!

¡Presentación de la tarjeta prepagada de beneficios!

La tarjeta prepagada de beneficios (BCC) es una tarjeta débito Mastercard que Ameriflex le envía y administra.



¿Qué puedo pagar con la tarjeta prepagada de beneficios?

	Primas mensuales	Gastos por cuenta propia
Plan aprobado del Mercado de Seguros	**¡SÍ!** Se pueden aplicar excepciones, consulte la siguiente página. Comuníquese con su aseguradora para programar pagos automáticos de la prima usando su tarjeta.	**¡SÍ!** Gastos médicos cubiertos (hasta el subsidio máximo que se deposita anualmente en la BCC): • **El deducible de su plan aprobado del Mercado de Seguros** • **Gastos derivados de copagos y coaseguros, entre ellos, medicamentos recetados cubiertos**
Medicare	**No** Tendrá que realizar el proceso de reintegro del pago de la(s) prima(s) de Medicare. Para obtener más información, visite **CarewellSEIU503.org**.	**¡SÍ!** Gastos médicos cubiertos (hasta el subsidio máximo que se deposita anualmente en la BCC): • **Deducibles derivados de su cobertura de Medicare** • **Gastos derivados de copagos y coaseguros, entre ellos, medicamentos recetados cubiertos**

Excepciones:

- **Si su familia está incluida en su póliza de seguro médico, es posible que todavía pueda hacer uso de la BCC para pagar los gastos por cuenta propia cubiertos. Sin embargo, debe pagarle la prima directamente a la aseguradora usando sus propios fondos y, luego, enviar el Reimbursement Form (Formulario de Reclamación de Reintegro) a la Benefits Administrative Office (Oficina Administrativa de Beneficios) reclamando el monto de su prima individual.**
- **Si recibe el reintegro de prima promedio, es posible que todavía pueda hacer uso de la BCC para pagar los gastos por cuenta propia cubiertos. Sin embargo, debe pagarle la prima directamente a la aseguradora usando sus propios fondos y, luego, enviar el Reimbursement Form (Formulario de Reclamación de Reintegro) a la Benefits Administrative Office (Oficina Administrativa de Beneficios).**

Puede que le pidan comprobantes de los gastos por cuenta propia cubiertos, así que conserve la Explicación de Beneficios (por su sigla en inglés EOB) y todos los recibos (en especial los recibos de los medicamentos recetados, ya que dichos gastos no aparecen en la EOB emitida por la aseguradora).

¿Cuánto dinero hay en la BCC?

Existen dos cuentas independientes en la BCC: una es para el pago de las primas (si corresponde), y la otra es para el pago de los gastos por cuenta propia cubiertos. En el 2021, se depositó en la BCC un subsidio equivalente a $6,500 para cubrir los gastos por cuenta propia.

Su BCC funciona como una tarjeta débito normal, salvo que:

- **Su tarjeta tiene límite de uso, es decir, solo la puede utilizar para pagar los gastos cubiertos que se mencionaron anteriormente. Tenga en cuenta que no puede usar la BCC para pagar los gastos por cuenta propia derivados de servicios dentales, visuales y/o auditivos.**
- **No puede utilizar su tarjeta en un cajero automático ni le devolverán dinero en efectivo cuando realice una compra.**

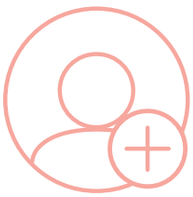
Ameriflex es el administrador de la BCC. Puede consultar su saldo, ver su historial de pago, consultar cómo va el proceso de reintegro, solicitar una tarjeta de reemplazo y mucho más:

- **A través del portal en línea de Ameriflex: ameriflex.wealthcareportal.com**
- **A través de la aplicación de Ameriflex: myameriflex.com/participants/the-ameriflex-difference/mobile-app**
- **Llamando a Ameriflex al 1-888-868-3539.**

CAPACITACIONES

Carewell SEIU 503 Training les ofrece excelentes capacitaciones a los (las) trabajadores(as) de asistencia personal y atención domiciliaria, así como a los (las) asistentes de cuidado personal, que les proporcionan las herramientas y la confianza necesarias para brindarle al (a la) cliente asistencia de la forma más excepcional y segura posible.

El objetivo del equipo de Carewell SEIU 503 Training es capacitar y formar a los (las) proveedores(as) de atención, quienes les brindan asistencia domiciliaria a adultos mayores y personas con discapacidades físicas, intelectuales y/o del desarrollo. Estas capacitaciones le ofrecen las herramientas y habilidades que necesita para garantizar su seguridad en el trabajo, así como la seguridad del (de la) cliente.



Capacitación para trabajadores(as) nuevos(as)

Esta capacitación para trabajadores(as) nuevos(as), compuesta por tres partes, ayuda a los (las) proveedores(as) de atención nuevos(as) a aprender sobre su nuevo rol como trabajadores(as) de asistencia personal o de atención domiciliaria, o como asistentes de cuidado personal, y les ofrecerá unas bases de cómo prestarle servicios seguros y de alta calidad al (a la) cliente.

Algunos de los temas que se abordan en esta capacitación son:

- **Sus beneficios**
- **Reglas, regulaciones y cómo recibir el sueldo**
- **Seguridad**
- **Servicios centrados en la persona**
- **Autocuidado**

Capacitación de repaso para trabajadores(as) antiguos(as)

La capacitación de repaso ayuda a los (las) trabajadores(as) antiguos(as) a mantenerse actualizados(as) con respecto a las mejores prácticas y les brinda la oportunidad de compartir sus propias experiencias laborales con sus compañeros(as). Todos(as) los (las) proveedores(as) de atención antiguos(as), salvo unas pocas excepciones, deben completar esta capacitación antes del **31 de marzo del 2022**.

Algunos de los temas que se abordan en esta capacitación son:

- **Habilidades y estilos comunicativos**
- **Agotamiento y fatiga por compasión**
- **Seguridad**
- **Autocuidado**
- **Sus beneficios**

Educación continua

Con el fin de renovar su número de proveedor cada dos años, usted debe completar 12 horas de capacitación de educación continua. Estos cursos abordan una amplia variedad de temas que usted puede elegir para cumplir los requisitos de capacitación y, a su vez, crecer a nivel profesional. Podrá elegir entre un menú diverso de opciones de capacitación, ya sean capacitaciones presenciales o en línea.

Su experiencia en las capacitaciones

El objetivo de Carewell SEIU 503 Training es ofrecer la mejor experiencia de capacitación posible. Es por eso que ofrecemos todos nuestros cursos en línea, habilitando algunas opciones presenciales a medida que se vuelve seguro volver a los salones de clase. Ofrecemos las siguientes opciones de capacitación.

- **Módulos de aprendizaje siguiendo su propio ritmo que se adaptan a su apretada agenda y le dan la libertad de realizarlos poco a poco o en una sola sesión.**
- **Seminarios web dirigidos por un (una) instructor(a) que por practicidad se llevan a cabo en una variedad de días y horarios, incluso los fines de semana y en horas de la noche. Escuche las experiencias de otros(as) proveedores(as) de atención y comparta las suyas mientras debaten sobre temas importantes, como la comunicación y el autocuidado.**
- **Capacitaciones presenciales (consulte el sitio web para confirmar si están disponibles actualmente) que se irán habilitando a medida que sea seguro volver a los salones de clase. Conozca a otros(as) proveedores(as) de atención e instructores(as) en un entorno interactivo.**

¿Tiene una necesidad específica relacionada con la capacitación? ¿Su acceso a internet o dispositivos electrónicos es limitado? ¿Necesita a un (una) intérprete o quiere el contenido de un curso en su idioma de preferencia? ¡Estamos aquí para ayudar! Comuníquese con Carewell llamando al teléfono **1-844-503-7348** o enviándonos un correo electrónico a **CarewellSEIU503training@RISEpartnership.com**. ¡Podemos ayudarle a encontrar la opción que mejor le convenga!

NORMAS DE ELEGIBILIDAD

Elegibilidad para recibir todos los beneficios, salvo los de PTO

Las siguientes normas son aplicables a todas las personas que estén cubiertas por la Unidad de Negociación de Trabajadores de Asistencia Personal y Atención Domiciliaria de SEIU 503 (que incluye a los (las) asistentes de cuidado personal), y regirán la elegibilidad para recibir los beneficios de Carewell SEIU 503 que se ofrecen por medio del Fideicomiso de Beneficios y el Fideicomiso Complementario, salvo los beneficios de tiempo libre remunerado, que se abordan más adelante. Para efectos de esta guía, "usted" hace referencia a los (las) participantes cubiertos(as) por la Unidad de Negociación de Trabajadores de Asistencia Personal y Atención Domiciliaria de SEIU 503, incluyendo a los (las) asistentes de cuidado personal, quienes son elegibles para formar parte de los Fideicomisos.

Elegibilidad inicial

A fin de ser elegible para recibir los beneficios que ofrecen los Fideicomisos, usted debe trabajar mínimo 40 horas mensuales de las acordadas por la unidad de negociación durante dos meses consecutivos. La Benefits Administrative Office (Oficina Administrativa de Beneficios) debe recibir la información de sus horas trabajadas de parte del Estado de Oregón, por ende, es importante que usted presente oportunamente sus comprobantes de nómina, ya que hay un lapso de tiempo normal entre el momento en el que trabaja dichas horas y el momento en el que se informan a la Benefits Administrative Office (Oficina Administrativa de Beneficios). Luego de que sea elegible para recibir los beneficios de Carewell SEIU 503, habrá un período de espera de un mes antes de que pueda gozar de cobertura. Por ejemplo, si trabaja 40 horas mensuales en enero y febrero, empezará a gozar de la cobertura que ofrecen los Fideicomisos a partir del 1.º de abril.

Para efectos de estas normas de elegibilidad, las horas trabajadas las determinará la Benefits Administrative Office (Oficina Administrativa de Beneficios) con base en las horas que se le hayan informado recientemente a la agencia. La fecha de entrada en vigencia de la cobertura de beneficios descrita en las Secciones A.1, A.2 y A.3 será el mes siguiente a la fecha en que el Administrador de Beneficios verifique su elegibilidad; sujeto a, en el caso de los beneficios descritos en la Sección A.3, el procesamiento de su solicitud de cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos correspondiente (el "Mercado de Seguros").

Puede inscribirse en un plan médico calificado y aprobado del Mercado de Seguros durante la inscripción abierta o en un período especial de inscripción. En el Mercado Federal, la inscripción abierta suele llevarse a cabo entre el 1.º de noviembre y el 15 de diciembre para que la cobertura empiece a regir a partir del 1.º de enero del siguiente año. Los períodos de inscripción abierta en otros Mercados de Seguros Médicos (en Washington, California o Idaho) pueden ocurrir en fechas diferentes.

Elegibilidad continua

Seguirá siendo elegible para recibir los beneficios de Carewell SEIU 503 que ofrecen los Fideicomisos a menos que las horas acordadas por la unidad de negociación mensuales sean igual a cero durante dos meses consecutivos.

Pérdida de elegibilidad

Si no trabaja ninguna hora de las acordadas por la unidad de negociación durante dos meses consecutivos, perderá su elegibilidad para gozar de la cobertura que ofrecen los Fideicomisos. Habrá un período de gracia de un mes antes de que pierda la elegibilidad para recibir los beneficios de los Fideicomisos. Por ejemplo, si no trabaja ninguna hora de las acordadas por la unidad de negociación en septiembre ni octubre, perderá la elegibilidad para recibir los beneficios que ofrecen los Fideicomisos el 1.º de diciembre. Recibirá una carta de advertencia después del primer mes en el que las horas acordadas por la unidad de negociación sean igual a cero, y un aviso previo de terminación de la elegibilidad para recibir los beneficios que ofrecen los Fideicomisos después del segundo mes consecutivo en el que las horas acordadas por la unidad de negociación sean igual a cero. Perder la elegibilidad para recibir los beneficios de asistencia con los costos de atención médica de Carewell SEIU 503 que ofrece el Fideicomiso Complementario no significa que se dará por terminado su plan de seguro médico adquirido a través del Mercado de Seguros. Sin embargo, usted será responsable de pagar las primas y otros costos por cuenta propia relacionados con ese plan de seguro médico. Si no paga las primas, la aseguradora médica cancelará su plan de seguro médico. Esto significa que no tendrá cobertura de seguro médico durante el resto del año, a menos que tenga un evento calificado como se describe en healthcare.gov.

Recuperación de la elegibilidad

Si pierde la elegibilidad para recibir los beneficios de Carewell SEIU 503 que ofrecen los Fideicomisos, debe trabajar 40 horas de las acordadas por la unidad de negociación durante dos meses consecutivos y tener un período de espera de un mes antes de volver a ser elegible para recibir los beneficios de los Fideicomisos. Tenga en cuenta que recuperar la elegibilidad para recibir los beneficios de los Fideicomisos no le permitirá volver a inscribirse en un plan de seguro médico.

Elegibilidad para recibir los beneficios de PTO en el caso de trabajadores(as) de asistencia personal y asistentes de cuidado personal

Las siguientes normas son aplicables a los beneficios de tiempo libre remunerado (“PTO”) dirigidos a trabajadores(as) de asistencia personal (“PSW”), incluyendo los (las) asistentes de cuidado personal (“PCA”), cubiertos(as) por la Unidad de Negociación de Trabajadores de Asistencia Personal y Atención Domiciliaria de SEIU 503. Estos beneficios de PTO de Carewell SEIU 503 están disponibles por medio del Fideicomiso de Beneficios y de conformidad con las siguientes normas de elegibilidad:

A fin de ser elegible para recibir 20 horas de beneficios de PTO cada 1.º de febrero, el (la) PSW/PCA debió trabajar mínimo 80 horas de las acordadas por la unidad de negociación en octubre, noviembre o diciembre del año anterior.

A fin de ser elegible para recibir 20 horas de beneficios de PTO cada 1.º de julio, el (la) PSW/PCA debió trabajar mínimo 80 horas de las acordadas por la unidad de negociación en marzo, abril o mayo del mismo año.

Estos meses de estimación se conocen como el "Período de Determinación". También se le debe proporcionar a la Benefits Administrative Office (Oficina Administrativa de Beneficios) un Form W-9 (Formulario W-9) completo a fin de ser elegible para recibir los beneficios de PTO.

Tasa salarial de los (las) trabajadores(as) de asistencia personal y asistentes de cuidado personal

La tasa salarial se determina al dividir el salario bruto mensual (que excluye cualquier aumento derivado del pago de horas extras trabajadas en el mes) entre las horas cubiertas que se trabajaron dicho mes. La tasa salarial que se utiliza para calcular el beneficio de PTO de los (las) PSW/PCA durante el período de beneficio será la tasa salarial obtenida en el primer mes que se haya trabajado 80 horas durante el Período de Determinación.

Por ejemplo, si trabajó 80 horas en octubre, 48 horas en noviembre y 120 horas en diciembre, usted será elegible para recibir los beneficios de PTO a partir del 1.º de febrero. En este ejemplo, octubre es el mes que se usa para determinar la tasa de PTO, que se obtiene al dividir el sueldo total (que excluye cualquier aumento derivado del pago de horas extras) entre el total de horas cubiertas de dicho mes. Si su sueldo en octubre fue de $1,000, y las horas totales que trabajó ese mes fueron 80, la tasa salarial de PTO para el próximo período de beneficio será de $12.50 la hora.

Cada Período de Determinación puede tener una tasa salarial distinta en función de esta ecuación. Primero se le pagarán las horas más antiguas, y una vez que se hayan pagado esas horas, no acumulará beneficios adicionales de PTO hasta que se determine que nuevamente es elegible en un futuro Período de Determinación.

Acumulación de PTO en el caso de trabajadores(as) de asistencia personal y asistentes de cuidado personal

Por cada período de beneficio que usted sea elegible, acumulará 20 horas de PTO a la tasa salarial determinada como se estipuló anteriormente.

Pago de PTO en el caso de trabajadores(as) de asistencia personal y asistentes de cuidado personal

Luego de que sea considerado(a) como elegible para recibir los beneficios de PTO, debe completar un PTO Benefit Request Form (Formulario de Solicitud de Beneficios de PTO) para que le paguen mínimo 4 horas y máximo 20 horas de beneficios de PTO a la tasa salarial determinada para ese período de beneficio. El pago (ya sea por cheque o, previa solicitud, por depósito directo) se realizará en un plazo de 30 días contados a partir de la fecha de recibo de la solicitud de beneficios de PTO. Luego de que se pague el monto máximo para ese período, no se pagarán beneficios adicionales hasta que se determine que nuevamente es elegible para recibir los beneficios de PTO en un futuro Período de Determinación.

Liquidación de PTO en el caso de trabajadores(as) de asistencia personal y asistentes de cuidado personal

Todo monto equivalente al beneficio de PTO que aún no se haya reclamado y pertenezca a los períodos de beneficios del año anterior se liquidará mediante un pago único a más tardar el 15 de febrero del siguiente año. No se pueden sumar los saldos de beneficio de PTO de un año a los del año siguiente.

Por ejemplo, si se determina en febrero del 2021 que usted es elegible para recibir 20 horas de PTO acumuladas a una tasa salarial de $13.00/hora; luego, se determina nuevamente en julio del 2021 que es elegible para recibir 20 horas de PTO acumuladas a una tasa salarial de $14.25/hora; y posteriormente, usted opta por recibir 8 horas de beneficios de PTO durante el 2021, quiere decir que las 32 horas restantes de beneficios de PTO acumuladas, equivalentes a $441.00, se liquidarán el 15 de febrero del 2022:

(20 horas × $13.00/hora = $260) – (8 horas reclamadas × $13.00/hora = $104)

= saldo neto de $156, y (20 horas × $14.25/hora = $285) para un saldo bruto total de

$156 + $285 = $441.00.

Elegibilidad para recibir los beneficios de PTO en el caso de trabajadores(as) de atención domiciliaria

Las siguientes normas son aplicables a los beneficios de PTO dirigidos a trabajadores(as) de atención domiciliaria (“HCW”) cubiertos(as) por la Unidad de Negociación de Trabajadores de Asistencia Personal y Atención Domiciliaria de SEIU 503, y regirán la elegibilidad para recibir los beneficios de PTO que se ofrecen por medio del Fideicomiso de Beneficios. Estos beneficios de PTO de Carewell SEIU 503 están disponibles por medio del Fideicomiso de Beneficios y de conformidad con las siguientes normas de elegibilidad:

A fin de ser elegible para recibir 20 horas de beneficios de PTO cada 1.º de febrero, el (la) HCW debió trabajar mínimo 80 horas de las acordadas por la unidad de negociación en octubre, noviembre o diciembre del año anterior.

A fin de ser elegible para recibir 20 horas de beneficios de PTO cada 1.º de julio, el (la) HCW debió trabajar mínimo 80 horas de las acordadas por la unidad de negociación en marzo, abril o mayo del mismo año.

Este período de estimación se conoce como el “Período de Determinación”. También se le debe proporcionar a la Benefits Administrative Office (Oficina Administrativa de Beneficios) un Form W-9 (Formulario W-9) completo a fin de ser elegible para recibir los beneficios de PTO.

Tasa salarial de los (las) trabajadores(as) de atención domiciliaria

La tasa salarial se determina al dividir el salario bruto mensual (que excluye cualquier aumento derivado del pago de horas extras trabajadas en el mes) entre las horas cubiertas que se trabajaron dicho mes. La tasa salarial que se utiliza para calcular el beneficio de PTO de los (las) HCW durante el período de beneficio será la tasa salarial obtenida en el primer mes que se haya trabajado 80 horas durante el Período de Determinación.

Por ejemplo, si trabajó 80 horas en octubre, 48 horas en noviembre y 120 horas en diciembre, usted será elegible para recibir los beneficios de PTO a partir del 1.º de febrero. En este ejemplo, octubre es el mes que se usa para determinar la tasa salarial de PTO, que se obtiene al dividir el sueldo total (que excluye cualquier aumento derivado del pago de horas extras) entre el total de horas de dicho mes. Si su sueldo en octubre fue de $1,000, y las horas totales que trabajó ese mes

fueron 80, la tasa salarial de PTO para el próximo período de beneficio será de $12.50 la hora.

Cada Período de Determinación puede tener una tasa salarial distinta en función de esta ecuación. Primero se le pagarán las horas más antiguas, y una vez que se hayan pagado esas horas, no acumulará beneficios adicionales de PTO hasta que se determine que nuevamente es elegible en un futuro Período de Determinación.

Acumulación de PTO en el caso de trabajadores(as) de atención domiciliaria

Por cada período de beneficio en que usted sea elegible, acumulará 20 horas de PTO a la tasa salarial determinada como se estipuló anteriormente.

Pago de PTO en el caso de trabajadores(as) de atención domiciliaria

Luego de que sea considerado(a) como elegible para recibir los beneficios de PTO, debe completar un PTO Benefit Request Form (Formulario de Solicitud de Beneficios de PTO) para que le paguen mínimo 4 horas y máximo 20 horas de beneficios de PTO a la tasa salarial determinada para ese período de beneficio. El pago (ya sea por cheque o, previa solicitud, por depósito directo) se realizará en un plazo de 30 días contados a partir de la fecha de recibo de la solicitud de beneficios de PTO. Luego de que se pague el monto máximo para ese período, no se pagarán beneficios adicionales hasta que se determine que nuevamente es elegible para recibir los beneficios de PTO en un futuro Período de Determinación.

Liquidación de PTO en el caso de trabajadores(as) de atención domiciliaria

Todo monto equivalente al beneficio de PTO que aún no se haya reclamado y pertenezca a los períodos de beneficios del año anterior se liquidará mediante un pago único a más tardar el 15 de febrero del siguiente año. No se pueden sumar los saldos de beneficio de PTO de un año a los del año siguiente.

Por ejemplo, si se determina en febrero del 2021 que usted es elegible para recibir 20 horas de PTO acumuladas a una tasa salarial de $15.00/hora; luego, se determina nuevamente en julio del 2021 que es elegible para recibir 20 horas de PTO acumuladas a una tasa salarial de $15.77/hora; y posteriormente, usted opta por recibir 8 horas de beneficios de PTO durante el 2021, quiere decir que las 32 horas restantes de beneficios de PTO acumuladas, equivalentes a $495.40, se liquidarán el 15 de febrero del 2022:

(20 horas × $15.00/hora = $300) – (8 horas reclamadas × $15.00/hora = $120)

= saldo neto de $180, y (20 horas × $15.77/hora = $315,40) para un saldo bruto total de

$180 + $315.40 = $495.40.

Normas para proveedores(as) de atención con distintos cargos

Si trabaja en distintos cargos cubiertos por la unidad de negociación (es decir, se desempeña como trabajador(a) de atención domiciliaria, trabajador(a) de asistencia personal y asistente de cuidado personal), se sumarán sus horas de trabajo en dichos cargos a la hora de determinar si es elegible para recibir los beneficios de PTO.

Normas aplicables a todos los beneficios de PTO

Puede designar a un (una) beneficiario(a), y a un (una) beneficiario(a) contingente, para que reciba el beneficio de PTO acumulado que usted no haya reclamado antes de morir. En caso de que no designe a nadie, o si no se puede localizar al (a la) beneficiario(a) oportunamente, el saldo de PTO se le pagará al albacea de su herencia.

El valor del beneficio de PTO es un ingreso gravable para el año en el cual sea elegible para recibir el pago de dicho beneficio. Un requisito que debe cumplir para poder recibir el beneficio de PTO es proporcionarle un Form W-9 (Formulario W-9) completo a la Benefits Administrative Office (Oficina Administrativa de Beneficios). Si no envía un Form W-9 (Formulario W-9) completo antes de la fecha en la cual serían pagaderos los beneficios, no se considerará elegible para recibir el beneficio ni recibirá el pago del mismo.

Los pagos del beneficio se consideran una compensación de parte del Fideicomiso, y se deben declarar ante el Servicio de Impuestos Internos (por su sigla en inglés IRS) usando un Form 1099-NEC (Formulario 1099-NEC) en caso de que el monto total anual sea igual o superior a $600. Si el beneficio es igual o superior a $600, la Benefits Administrative Office (Oficina Administrativa de Beneficios) le enviará un Form 1099-NEC (Formulario 1099-NEC) a usted y al IRS. Si el beneficio es inferior a $600, no es necesario el Form 1099-NEC (Formulario-1099-NEC), y la Benefits Administrative Office (Oficina Administrativa de Beneficios) no le enviará dicho formulario ni a usted ni al IRS.

La Benefits Administrative Office (Oficina Administrativa de Beneficios) debe recibir la información de sus horas trabajadas de parte del Estado de Oregón, por ende, es importante que usted presente oportunamente sus comprobantes de nómina, ya que hay un lapso de tiempo normal entre el momento en el que trabaja dichas horas y el momento en el que se informan a la Benefits Administrative Office (Oficina Administrativa de Beneficios). Luego de cumplir con todos los requisitos de elegibilidad para recibir los beneficios de PTO, puede enviarle a la Benefits Administrative Office (Oficina Administrativa de Beneficios) una solicitud de beneficios de PTO en cualquier momento. Si no solicita los beneficios que tiene disponibles antes del 31 de enero del año siguiente al que obtuvo los beneficios, el Fideicomiso de Beneficios automáticamente le pagará los beneficios el 15 de febrero de dicho año, siempre y cuando usted le haya proporcionado un Form W-9 (Formulario W-9) completo a la Benefits Administrative Office (Oficina Administrativa de Beneficios).

Para efectos de estas normas de elegibilidad, las horas trabajadas las determinará la Benefits Administrative Office (Oficina Administrativa de Beneficios) con base en las horas que se le hayan informado recientemente a la agencia.

Inscripción

Cómo inscribirse durante el período de inscripción abierta

Si se inscribe en un seguro médico a través del Mercado de Seguros Médicos de Oregón, Washington, California o Idaho, puede elegir cualquier plan médico calificado disponible en el Mercado de Seguros; sin embargo, a fin de recibir los beneficios de asistencia con los costos de atención médica de Carewell SEIU 503 que ofrece el Fideicomiso Complementario (descritos más adelante en la Sección A.3), debe inscribirse en un "plan médico calificado y aprobado" que el Consejo Directivo determine anualmente. Se pondrá a disposición una lista actual de los planes médicos calificados y aprobados en el sitio web de Carewell SEIU 503: CarewellSEIU503.org. También puede solicitar una lista impresa de los planes médicos calificados y aprobados que actualmente están disponibles llamando a Carewell Benefits al 1-844-503-7348.

El Mercado de Seguros Médicos Federal o Estatal es el encargado de establecer las fechas de inscripción abierta. En el Mercado Federal, la inscripción abierta suele llevarse a cabo entre el 1.º de noviembre y el 15 de diciembre para que la cobertura empiece a regir a partir del 1.º de enero del siguiente año. Los períodos de inscripción abierta en otros Mercados de Seguros Médicos (en Washington, California o Idaho) pueden ocurrir en fechas diferentes. Existen excepciones limitadas que le permiten inscribirse fuera del período de inscripción abierta. Por ejemplo, si pierde la cobertura en un momento distinto a la inscripción abierta, es posible que pueda acceder a un período especial de inscripción.

Cómo inscribirse fuera del período de inscripción abierta

Las siguientes normas son aplicables a los (las) trabajadores(as) de asistencia personal y atención domiciliaria, así como a los (las) asistentes de cuidado personal, que no estén inscritos(as) en un plan médico calificado y aprobado a través del Mercado de Seguros correspondiente, que no sean elegibles para recibir cobertura médica de otra fuente como se describe en el párrafo B.2 de esta guía, y que: (a) por primera vez se consideren elegibles para recibir los beneficios de asistencia con los costos de atención médica de Carewell SEIU 503 que ofrece el Fideicomiso Complementario fuera del período de inscripción abierta en el Mercado de Seguros correspondiente; o (b) fueran elegibles para recibir los beneficios de asistencia con los costos de atención médica de Carewell SEIU 503, y estuvieran inscritos(as) en un plan médico calificado y aprobado del Mercado de Seguros durante la inscripción abierta, pero que posteriormente experimentaron la terminación de su cobertura derivada de ese plan del Mercado de Seguros y actualmente sean elegibles para recibir los beneficios del Fideicomiso.

De ser posible, el Fideicomiso lo (la) ayudará a inscribirse en un plan médico calificado y aprobado a través del Mercado de Seguros correspondiente y pagará la prima de su cobertura, de acuerdo con sus normas. Si no es posible inscribirlo(a) en un plan médico calificado y aprobado a través del Mercado de Seguros correspondiente, y ya está inscrito(a) en un plan de seguro médico individual, ya sea a través del Mercado de Seguros o de otra manera, el Fideicomiso le reintegrará los costos de la prima mensual de atención médica, después de que se deduzca el monto máximo del crédito fiscal anticipado para la prima al que tiene derecho, hasta los costos de prima reales, o el monto de prima promedio que el Fideicomiso paga a los (las) participantes que están cubiertos(as) por un plan médico calificado y aprobado a partir de marzo del año del plan en el que por primera vez se considera elegible para recibir los beneficios de asistencia con los costos de atención médica de parte del Fideicomiso, el monto que sea menor. Sin embargo, si una fuente distinta al Fideicomiso paga la totalidad o una parte de la prima de su seguro médico, el Fideicomiso restará ese pago del monto que le reintegrará en virtud de esta sección.

Si no es posible inscribirlo(a) en un plan médico calificado y aprobado a través del Mercado de Seguros correspondiente, y aún no está inscrito(a) en otro plan de seguro médico individual, el Fideicomiso lo (la) ayudará, de ser posible, a inscribirse directamente en un plan médico individual equivalente y le reintegrará los costos de la prima mensual de atención médica, después de que se deduzca el monto máximo del crédito fiscal anticipado para la prima al que tiene derecho, hasta los costos de prima reales, o el monto de prima promedio que el Fideicomiso paga a los (las) participantes que están cubiertos(as) por un plan médico calificado y aprobado a partir de marzo del año del plan en el que por primera vez se considera elegible para recibir los beneficios del Fideicomiso,

el monto que sea menor. Sin embargo, si una fuente distinta al Fideicomiso paga la totalidad o una parte de la prima de su seguro médico, el Fideicomiso restará ese pago del monto que le reintegrará en virtud de esta sección.

Si recibe el reintegro de prima promedio descrito en los párrafos anteriores, debe inscribirse en un plan médico calificado y aprobado a través del Mercado de Seguros correspondiente tan pronto tenga la oportunidad. Su elegibilidad para recibir el beneficio de reintegro de prima promedio se dará por terminada automáticamente a partir de la fecha en que sería elegible por primera vez para recibir la cobertura derivada de un plan médico calificado y aprobado, asumiendo que se inscribió para gozar de dicha cobertura apenas tuvo la oportunidad. Esta será la fecha de terminación independientemente de si realmente se inscribe o no en un plan médico calificado y aprobado disponible.

En cada una de las situaciones descritas anteriormente, también será elegible para recibir el beneficio de asistencia con los gastos por cuenta propia cubiertos que se derivan de sus costos de deducible, copago y coaseguro, de conformidad con las normas del Fideicomiso relativas a reclamaciones incurridas y cubiertas por su plan médico después de que usted sea elegible para recibir los beneficios de asistencia con los costos de atención médica de parte del Fideicomiso. Los beneficios descritos anteriormente no están a su disposición si usted era elegible para recibir los beneficios de asistencia con los costos de atención médica durante el período de inscripción abierta, pero no se inscribió en un plan médico calificado y aprobado.

Una vez que comience el próximo período de INSCRIPCIÓN ABIERTA, debe inscribirse en un plan médico calificado y aprobado para seguir recibiendo los beneficios de asistencia con los costos de atención médica y los gastos por cuenta propia. Para evitar una interrupción en la cobertura, debe inscribirse en un plan médico calificado y aprobado tan pronto como comience el próximo período de inscripción abierta.

RESUMEN DE BENEFICIOS

Resumen de beneficios

Los (las) trabajadores(as) de atención domiciliaria ("HCW"), los (las) trabajadores(as) de asistencia personal ("PSW") y los (las) asistentes de cuidado personal ("PCA") que cumplan con las normas de elegibilidad del Fideicomiso recibirán los beneficios mencionados más adelante en las Secciones A.1, A.2, y A.3, y estarán sujetos a las restricciones estipuladas en las Secciones B.1 y B.2. Los (las) HCW, PSW y PCA que cumplan con las normas de elegibilidad aplicables del Fideicomiso relativas a los beneficios de PTO recibirán los beneficios mencionados más adelante en la Sección C.1.

A.1 Cobertura dental, visual, auditiva y del Programa de Asistencia al Empleado que ofrece el Fideicomiso de Beneficios, tal y como este último lo determine.

A.2 Si está cubierto(a) por Medicare, puede que sea elegible para recibir el reintegro de parte del Fideicomiso Complementario por concepto de: (a) primas de la Parte B de Medicare, hasta el monto mensual que el Consejo Directivo determina anualmente; (b) gastos derivados del Plan de Medicare Advantage, el Plan Complementario de Medicare o la Parte D de Medicare, hasta el monto mensual que el Consejo Directivo determina anualmente; y (c) gastos derivados de coaseguro, deducibles y copagos de servicios médicos y medicamentos recetados que se relacionen con reclamaciones cubiertas por el plan de Medicare (siempre y cuando las reclamaciones hayan ocurrido en el período en el que era elegible para recibir los beneficios del Fideicomiso), hasta el monto máximo que el Consejo Directivo determina anualmente. Para conocer los límites actuales de los beneficios, visite CarewellSEIU503.org, o llame al 1-844-503-7348.

A.3 Si está inscrito(a) en un plan médico calificado y aprobado del Mercado de Seguros, puede que sea elegible para recibir, de parte del Fideicomiso Complementario, la asistencia con el pago de: (a) la prima de su plan individual después de que se hayan deducido todos los créditos fiscales federales para la prima que tenía disponibles; y (b) gastos derivados de coaseguro, deducibles y copagos de servicios médicos y medicamentos recetados que se relacionen con reclamaciones cubiertas por el plan médico calificado y aprobado (siempre y cuando las reclamaciones hayan ocurrido en el período en el que era elegible para recibir los beneficios del Fideicomiso), hasta el monto máximo que el Consejo Directivo determina anualmente. Para conocer los límites actuales de los beneficios y una lista de los planes médicos calificados y aprobados, visite CarewellSEIU503.org, o llame al 1-844-503-7348.

Con el fin de poder recibir el pago de las primas del plan médico de parte del Fideicomiso, debe optar por usar el monto total de cualquier crédito fiscal federal para la prima al que tenga derecho para pagar la prima de su plan del Mercado de Seguros. Si recibe un crédito fiscal anticipado para la prima más alto del que debería tener debido a que subestimó los ingresos anuales de su grupo familiar y, como resultado, debe reintegrar el excedente del crédito fiscal al IRS a final del año, puede que usted sea elegible para recibir el reintegro del excedente de parte del Fideicomiso Complementario. Esto se debe a que el Fideicomiso Complementario podía haber pagado una mayor parte de su prima durante el año si hubiera sabido que usted tenía derecho a un crédito fiscal anticipado para la prima menor. Si, por el contrario, al final del año recibe un crédito fiscal para la prima adicional de parte del IRS porque sobreestimó los ingresos anuales de su grupo familiar, usted está en la obligación de reintegrarle al Fideicomiso Complementario el crédito fiscal para la prima adicional que recibió. Esto se debe a que el Fideicomiso Complementario podía haber pagado una menor parte de su prima

durante el año si hubiera sabido que usted tenía derecho a un crédito fiscal anticipado para la prima mayor.

B.1 Seguirá siendo elegible para recibir los beneficios mencionados anteriormente en la Sección A, salvo que no informe ninguna hora acordada por la unidad de negociación durante dos meses consecutivos. En dicho caso, tendrá un período de gracia de un mes antes de perder la elegibilidad. Por ejemplo, si no informa ninguna hora en diciembre del 2020 ni enero del 2021, perderá la elegibilidad a partir del 1.º de marzo del 2021. Asimismo, recibirá una carta de advertencia después del primer mes en el que el informe mensual de horas acordadas por la unidad de negociación sea cero, y un aviso previo de terminación de la elegibilidad para recibir los beneficios que ofrecen los Fideicomisos después del segundo mes consecutivo en el que las horas acordadas por la unidad de negociación sean igual a cero.

B.2 Será elegible para recibir los beneficios descritos anteriormente en las Secciones A.2 y A.3 solo en la medida en que aún no esté recibiendo, y no sea elegible para recibir, cobertura de atención médica o asistencia con la prima de parte de otra fuente, con las siguientes excepciones limitadas:

(i) si es elegible para recibir otra cobertura de atención médica a través del plan que su cónyuge recibe en su trabajo o que usted recibe en otro trabajo, pero elige no inscribirse en dicha cobertura, puede que sea elegible para recibir los beneficios descritos en las Secciones A.2 y A.3;

(ii) si ya está recibiendo, o es elegible para recibir, la cobertura derivada de los beneficios para veteranos que no lo descalifica para recibir créditos fiscales anticipados para la prima (por su sigla en inglés “APTC”), puede que sea elegible para recibir los beneficios descritos en las Secciones A. 2 y A.3; y

(iii) si pierde la elegibilidad para recibir el APTC porque no respondió a la solicitud de información, o no siguió los pasos requeridos para conservar dicho APTC, solo será elegible para recibir el beneficio de asistencia con la prima que el Fideicomiso le habría pagado de no ser por esa pérdida de elegibilidad para recibir el APTC.

B.3 Si le pagan a través del Programa de Elecciones Independientes, y su cliente utiliza Acumen como proveedor fiscal, puede que sea elegible para recibir los beneficios que ofrecen los Fideicomisos.

C.1 Si trabaja como PSW, HCW y/o PCA y cumple con los requisitos de elegibilidad para recibir los beneficios de PTO, será elegible para recibir 20 horas de tiempo libre remunerado cada 1.º de febrero y 1.º de julio. El monto de su beneficio de PTO se calculará en función de la tasa salarial bruta (que excluye cualquier aumento derivado del pago de horas extras trabajadas) que obtuvo la primera vez que trabajó 80 horas de las acordadas por la unidad de negociación durante el período de elegibilidad aplicable (es decir, octubre, noviembre y diciembre para los beneficios del 1.º de febrero; y marzo, abril y mayo para los beneficios del 1.º de julio). Se sumarán sus horas de trabajo como PSW, HCW y PCA a la hora de determinar si es elegible para recibir los beneficios de PTO.

Información general

Pago de las primas y los gastos por cuenta propia

El Fideicomiso Complementario expide una tarjeta prepagada de beneficios ("BCC") a su nombre, que tiene el monto necesario para pagar la prima mensual de su seguro médico después de deducir el monto máximo disponible del crédito fiscal anticipado para la prima (si corresponde), así como el monto máximo disponible que ofrece el Fideicomiso (que el Consejo Directivo determina anualmente) para pagar los gastos derivados de deducibles, copagos y coaseguros relacionados con los beneficios cubiertos y los servicios prestados por su plan médico calificado y aprobado.

La BCC se puede utilizar en consultorios médicos, farmacias y demás centros de atención médica para pagar deducibles, copagos y coaseguros relacionados con los servicios cubiertos por un plan médico calificado y aprobado. Debe guardar las Explicaciones de Beneficios ("EOB") relacionadas con cualquier gasto que pague usando la BCC, ya que quizá deba proporcionarle al administrador de la BCC (Ameriflex) comprobantes de que estos gastos están cubiertos por e Fideicomiso.

La BCC no se puede utilizar para pagar ningún gasto que el plan de seguro médico calificado y aprobado no cubra, entre ellos, los gastos de cualquier otra persona que no sea usted. La BCC tampoco se puede utilizar para pagar los beneficios o gastos dentales, visuales, auditivos ni del Programa de Asistencia al Empleado ("DVE"). Para obtener más información sobre la BCC, consulte las páginas 36 y 37 de esta guía.

Cobertura a través del plan del cónyuge

Si cumple con los requisitos de elegibilidad para recibir los beneficios del Fideicomiso Complementario y se le ofrece un seguro a través del empleador de su cónyuge, pero elige no inscribirse en dicha cobertura, será elegible para gozar de la cobertura que ofrece el Fideicomiso, pero es posible que no sea elegible para recibir los créditos fiscales federales para la prima. En ese caso, el Fideicomiso Complementario pagará la prima completa de su plan médico aprobado del Mercado de Seguros. Si opta por aceptar la cobertura del plan de su cónyuge y cumple con los requisitos de elegibilidad exigidos por el Fideicomiso de Beneficios, puede que aún sea elegible para recibir los beneficios DVE y de PTO; sin embargo, no será elegible para gozar de ninguna otra cobertura otorgada por el Fideicomiso Complementario.

Persona casada que presenta una declaración por separado

Por lo general, si está casado(a) pero declara impuestos sobre la renta por separado de su cónyuge, en lugar de presentar una declaración conjunta, es posible que no pueda recibir créditos fiscales federales para la prima del seguro médico que haya adquirido en el Mercado de Seguros, a menos que se aplique una excepción de conformidad con la ley. En dichos casos, si usted es elegible para recibir los beneficios de asistencia con los costos de atención médica ("HCA") de Carewell SEIU 503 a través del Fideicomiso Complementario, este último pagará la prima completa del plan médico aprobado del Mercado de Seguros.

Trabajadores(as) indocumentados(as)

De conformidad con la Ley de Atención de Salud Asequible, si usted es un (una) inmigrante indocumentado(a), no es elegible para adquirir un

seguro médico a través del Mercado de Seguros. Sin embargo, puede que sea elegible para recibir los beneficios si cumple con las normas de elegibilidad del Fideicomiso. Para obtener más información comuníquese con Carewell Benefits.

Cobertura a través de Medicare

En el caso de los (las) HCW, PSW y PCA elegibles, el Fideicomiso Complementario, mediante los beneficios de asistencia con los costos de atención médica de Carewell SEIU 503, reintegrará los costos de las primas mensuales de la Parte B de Medicare, hasta el monto que el Consejo Directivo determina anualmente.

El Fideicomiso Complementario también le reintegrará las primas mensuales del plan de Medicare Advantage o del Plan Complementario de Medicare de su elección, hasta el monto que el Consejo Directivo determina anualmente. También puede ser elegible para recibir el reintegro de ciertos gastos por cuenta propia, como deducibles, copagos, coaseguros y medicamentos recetados que se relacionen con los servicios cubiertos por Medicare, hasta el monto que el Consejo Directivo determina anualmente. Para obtener la información más actualizada sobre los montos anuales de las primas de Medicare y los gastos por cuenta propia cubiertos, visite CarewellSEIU503.org, o llame al 1-844-503-7348.

Para recibir asistencia con el pago de estos gastos de parte del Fideicomiso Complementario, debe enviar un Reimbursement Claim Form (Formulario de Reclamación de Reintegro) (disponible en el sitio web de Carewell SEIU 503 o llamando al 1-844-503-7348) con pruebas del gasto derivado de la prima a la Benefits Administrative Office (Oficina Administrativa de Beneficios). Solo debe enviar una vez esta información a fin de recibir el reintegro de la prima de la Parte B, pero la debe enviar anualmente para seguir recibiendo el reintegro de los demás gastos relacionados con Medicare descritos anteriormente. Si cambia el monto de la prima de la Parte B de Medicare, debe enviar otro Reimbursement Claim Form (Formulario de Reclamación de Reintegro) de la Parte B para recibir un pago que tenga en cuenta el aumento. Antes de autorizar el reintegro, el Fideicomiso confirmará las horas que usted trabaje mensualmente.

Si es elegible para recibir los beneficios de asistencia con los costos de atención médica (HCA), recibirá una tarjeta prepagada de beneficios (BCC) que puede usar para pagar gastos derivados de copagos, deducibles y coaseguros de servicios médicos y medicamentos recetados que se relacionen con reclamaciones cubiertas por el plan de Medicare, hasta el monto que el Consejo Directivo determina anualmente, siempre y cuando las reclamaciones hayan ocurrido en el período en el que era elegible para recibir los beneficios de HCA de parte del Fideicomiso. Sin embargo, si ha utilizado la BCC para pagar las primas de un plan del Mercado de Seguros, una de las principales diferencias que notará al cambiarse a Medicare es que no podrá seguir usando la BCC para pagar las primas de Medicare. En cambio, tendrá que enviar un Reimbursement Claim Form (Formulario de Reclamación de Reintegro) para solicitar el reintegro de las primas de Medicare.

Puede que le pidan comprobantes de sus gastos, así que conserve las Explicaciones de Beneficios (EOB) y todos los recibos (en especial los recibos de los medicamentos recetados, ya que dichos gastos no aparecen en las EOB emitidas por las aseguradoras).

Cobertura a través del Mercado de Seguros

Los beneficios de asistencia con los costos de atención médica (HCA) de Carewell SEIU 503, que ofrece el Fideicomiso Complementario, ayudan a los (las) trabajadores(as) elegibles a pagar los costos de las primas mensuales de la cobertura de atención médica individual derivada de un plan médico calificado y aprobado que se ofrece a través del Mercado de Seguros correspondiente.

Si tiene un seguro médico individual derivado de un plan médico calificado y aprobado, los beneficios de HCA de Carewell SEIU 503 generalmente cubren el monto de la prima que supere el monto máximo disponible del crédito fiscal anticipado para la prima. Por ejemplo, si tiene derecho a un crédito fiscal anticipado para la prima mensual de $500 y la prima mensual del seguro médico de su plan médico calificado y aprobado es de $1,000, y se deduce el monto total de su crédito fiscal $500, sus beneficios de HCA pagarán el saldo restante de $500, de modo que usted no pagará nada. Sin embargo, si tiene cobertura familiar, sus beneficios de HCA solo reintegrarán la parte de la prima relacionada con su cobertura individual, después de deducir el monto máximo disponible del crédito fiscal anticipado para la prima.

La Benefits Administrative Office (Oficina Administrativa de Beneficios) debe recibir su información, como nombre, género, número de seguridad social, fecha de nacimiento y dirección actual para brindarle los beneficios de asistencia con los costos de atención médica. Usted es responsable de mantener actualizada esta información ante el Estado de Oregón y la Benefits Administrative Office (Oficina Administrativa de Beneficios).

Consulte la sección “Normas de elegibilidad” de esta guía en las páginas 43 y 44 para obtener información sobre cómo ser elegible para recibir los beneficios de HCA de Carewell SEIU 503. Si es elegible para recibir la asistencia con los costos de atención médica, recibirá una tarjeta prepagada de beneficios (BCC), una tarjeta débito Mastercard, para pagar la prima mensual y los gastos por cuenta propia cubiertos.

No puede utilizar la BCC para pagar:

- **Servicios de cuidado dental, visual y auditivo**
- **Gastos incurridos por su cónyuge o dependientes**
- **Gastos por servicios que su plan de atención médica no cubre**
- **Gastos incurridos en el lapso de tiempo que no sea elegible para recibir la asistencia con los costos de atención médica**
- **Gastos médicos cubiertos del año calendario anterior.**

Si su familia está incluida en la póliza de seguro médico, no podrá utilizar la BCC para realizar los pagos de su prima. Por el contrario, debe pagarle directamente a la aseguradora y, luego, enviar una copia de la factura y el comprobante de pago a la Benefits Administrative Office (Oficina Administrativa de Beneficios), junto con un Reimbursement Form (Formulario de Reclamación de Reintegro) completo. Posteriormente, el Fideicomiso le reintegrará la parte de la prima que corresponda a su cobertura individual, luego de deducir el monto máximo disponible del crédito fiscal anticipado para la prima.

Este beneficio es aplicable solo si está inscrito(a) en un plan aprobado del Mercado de Seguros. Sin embargo, si se vuelve elegible para recibir los beneficios de Carewell SEIU 503 después de que se termine el período de inscripción abierta, y está inscrito(a) en un plan no aprobado a través de un Mercado de Seguros Médicos, puede que cumpla los requisitos para recibir un reintegro de prima promedio derivado de la asistencia con

los costos de atención médica. Sin embargo, para seguir recibiendo los beneficios de HCA de Carewell SEIU 503 después de fin de año, debe inscribirse en un plan aprobado apenas tenga la oportunidad, pero antes de que termine el período de inscripción abierta (por lo general, del 1.º de noviembre al 15 de diciembre). De lo contrario, dejará de recibir los beneficios de HCA de Carewell SEIU 503 al final del año calendario.

Para consultar los planes médicos calificados y aprobados actuales, visite el sitio web de Carewell SEIU 503: CarewellSEIU503.org, o llame al 1-844-503-7348.

¿Qué gastos no cubre el Fideicomiso?

A continuación, encontrará algunos ejemplos de los costos que el Fideicomiso Complementario no cubre. Usted es responsable de pagar estos gastos por su cuenta.

- **Gastos relacionados con servicios y suministros que no cubre Medicare ni su plan médico calificado y aprobado.**
- **Los copagos, coaseguros y deducibles que excedan el beneficio anual de reintegro de gastos por cuenta propia.**
- **Gastos incurridos por su cónyuge o dependientes.**

Reintegro por conciliación relativa al crédito fiscal anticipado para la prima

Puede que reciba un crédito fiscal anticipado para la prima (“APTC”) de parte del gobierno federal, que se utiliza para pagar una parte de las primas mensuales de la atención médica. Debido a que el monto del APTC se basa en el cálculo de los ingresos anuales de su grupo familiar, puede que deba hacerle un reintegro al gobierno federal en caso de que reciba un monto de APTC mayor al que le corresponde durante el año. Si el gobierno federal le notifica que debe reintegrar una parte del APTC que usted recibió debido a que subestimó los ingresos anuales de su grupo familiar, comuníquese con la Benefits Administrative Office (Oficina Administrativa de Beneficios), ya que puede ser elegible para que el Fideicomiso Complementario le reintegre el monto total o una parte del mismo para que pague la cantidad adeudada en la conciliación de cuentas. En ningún caso usted tendrá derecho a recibir un reintegro por un monto mayor que el costo de las primas que el Fideicomiso Complementario hubiese tenido que pagar si el APTC hubiese sido correcto.

También es posible que al final del año reciba una devolución de impuestos de parte del gobierno federal en caso de que los ingresos anuales de su grupo familiar hayan sido menores que el cálculo. Si recibe dicha devolución de impuestos de parte del gobierno federal, debe pagarle ese monto al Fideicomiso. Este corresponde al monto que el Fideicomiso le pagó en exceso a la aseguradora durante el año debido a que el cálculo de los ingresos de su grupo familiar fue incorrecto. Si recibe una devolución de impuestos en relación con el monto del APTC, deberá comunicarse inmediatamente con la Benefits Administrative Office (Oficina Administrativa de Beneficios).

EL FIDEICOMISO DE BENEFICIOS

El Fideicomiso de Beneficios

El Fideicomiso de Beneficios les ofrece a los (las) trabajadores(as) de atención domiciliaria, trabajadores(as) de asistencia personal y asistentes de cuidado personal beneficios dentales, visuales, auditivos y del Programa de Asistencia al Empleado ("DVE") de Carewell SEIU 503 sin primas mensuales por cuenta propia. Luego de que sea elegible, quedará inscrito(a) automáticamente para recibir los beneficios DVE que se ofrecen a través del Fideicomiso de Beneficios. El Fideicomiso de Beneficios también les ofrece a los (las) trabajadores(as) de atención domiciliaria, trabajadores(as) de asistencia personal y asistentes de cuidado personal beneficios de tiempo libre remunerado ("PTO").

Consulte la sección "Normas de elegibilidad" para obtener información sobre cómo ser elegible para recibir estos beneficios.

La Benefits Administrative Office (Oficina Administrativa de Beneficios) debe recibir su información, como nombre, género, número de seguridad social, fecha de nacimiento y dirección actual para brindarle los beneficios. Si esta información esta desactualizada ante el Estado de Oregón, usted es responsable de actualizarla. Para actualizar su información, también puede comunicarse con la Benefits Administrative Office (Oficina Administrativa de Beneficios) al 1-844-507-7554, opción 3 y luego opción 2. Si la Benefits Administrative Office (Oficina Administrativa de Beneficios) no tiene la información necesaria para completar la inscripción, se le enviará un "Update Your Information Form" (Formulario de Actualización de Información).

Luego de que quede inscrito(a) para recibir los beneficios DVE, Kaiser Permanente le enviará una tarjeta del seguro dental; Ameritas le enviará las tarjetas del seguro visual, auditivo y de LASIK; y Reliant Behavioral Health le enviará un folleto informativo relacionado con los beneficios del Programa de Asistencia al Empleado.

Si no quiere recibir los beneficios DVE de Carewell SEIU 503, puede desvincularse al enviar un Benefits Waiver Form (Formulario de Renuncia a los Beneficios), disponible en: CarewellSEIU503.org. También puede solicitar los Waiver Forms (Formularios de Renuncia) llamando al 1-844-503-7348. Si decide volver a recibir estos beneficios, tendrá que comunicarse por escrito con la Benefits Administrative Office (Oficina Administrativa de Beneficios).

Procedimiento de reclamaciones y apelaciones

Cómo enviarle una reclamación de reintegro al Fideicomiso Complementario

Las solicitudes de reintegro se deben enviar a la Benefits Administrative Office (Oficina Administrativa de Beneficios). Los formularios están disponibles en línea, en el sitio web de Carewell SEIU 503. Por lo general, la Benefits Administrative Office (Oficina Administrativa de Beneficios) responde a las reclamaciones en un plazo de 30 días después de recibirlas. En caso de que la Benefits Administrative Office (Oficina Administrativa de Beneficios) necesite tiempo adicional para responder, el plazo se suele extender a 45 días hábiles después de recibir la reclamación. En caso de que la Benefits Administrative Office (Oficina Administrativa de Beneficios) necesite información adicional, recibirá una notificación al respecto. Si usted no proporciona la información adicional, la Benefits Administrative Office (Oficina Administrativa de Beneficios) tomará una decisión con respecto

a la reclamación basándose en la información disponible. Si no presenta correctamente la reclamación, recibirá una notificación en un plazo de 10 días en la cual se incluye información sobre cómo corregirla.

Si su reclamación es rechazada, recibirá una explicación por escrito que incluirá:

- **El (los) motivo(s) del rechazo.**
- **La(s) norma(s) específicas del Fideicomiso en la(s) que se basó la decisión.**
- **La información adicional que se necesita para reconsiderar su reclamación, así como el (los) motivo(s) por el (los) que dicha información es necesaria.**
- **Los procedimientos de apelación del Fideicomiso y las fechas límites para realizarlos.**
- **Una notificación en la que se estipule que la decisión inicial es definitiva, salvo que sea apelada de conformidad con los procedimientos de apelación.**
- **Usted no está en la obligación de apelar la decisión del Consejo Directivo. Sin embargo, de conformidad con las normas del plan, debe agotar los recursos administrativos para apelar dicha decisión ante el Consejo Directivo antes de que pueda presentar una demanda.**

Procedimiento de apelación

En caso de que la Benefits Administrative Office (Oficina Administrativa de Beneficios) rechace su reclamación inicial, usted debe completar un “Review and Appeal Form” (Formulario de Revisión y Apelación), disponible en: CarewellSEIU503.org, en un plazo de 180 días contados a partir del momento en que reciba la notificación de rechazo. La apelación por escrito debe mencionar los motivos por los cuales usted apela la decisión. Puede designar a un (una) representante autorizado(a) para que actúe en su nombre. Para hacerlo, debe notificarle por escrito a la Benefits Administrative Office (Oficina Administrativa de Beneficios) el nombre, la dirección y el número de teléfono del (de la) representante. Puede que le den acceso a documentos relevantes para su reclamación, y reciba copias de los mismos. Puede enviar sus observaciones y comentarios por escrito. Puede solicitar copias de toda la información abordada durante la apelación.

Por lo general, la apelación se procesa en un plazo de 60 días después de que la Benefits Administrative Office (Oficina Administrativa de Beneficios) la recibe.

Si se requiere una prórroga de tiempo para revisarla, se le enviará una notificación por correo postal y, por lo general, recibirá la decisión a más tardar 120 días después de haber recibido la apelación. El Consejo Directivo le enviará un aviso en el que se estipula la decisión de la apelación en un plazo de 5 días contados a partir del momento en que se tome la decisión.

Si su apelación es rechazada, recibirá un aviso por escrito que incluye información sobre la reclamación correspondiente, el (los) motivo(s) del rechazo, una explicación de la decisión y las disposiciones del plan que se usaron como base para tomar la decisión.

Si desea presentar una demanda con respecto al rechazo del Consejo Directivo, debe hacerlo en un plazo de tres años contados a partir del momento en que se rechazó su apelación.

Sobrepagos

Cada Fideicomiso cuenta con un fideicomiso judicial, gravamen y/o derecho de retención contractual a su favor sobre cualquier beneficio pagado en exceso o anticipado que usted o su representante reciban (incluido un (una) abogado(a)) que se adeuda al Fideicomiso,

y se considera que cualquier monto de este tipo que usted reciba derivado del beneficio del Fideicomiso está sujeto a dicho recurso contractual hasta que se lo pague al Fideicomiso. Al aceptar los beneficios de los Fideicomisos, usted da su consentimiento y acepta que existe un fideicomiso judicial, gravamen y/o derecho de retención contractual a favor de cada Fideicomiso correspondiente con respecto a cualquier pago en exceso o anticipado de beneficios. De acuerdo con ese fideicomiso judicial, gravamen y/o derecho de retención contractual, usted acepta cooperar con el Fideicomiso para reintegrarle todos sus costos y gastos relacionados con el cobro de esos beneficios.

El Fideicomiso puede recuperar los beneficios pagados en exceso al compensar los beneficios futuros que este deba pagar en su nombre.

Si no le reintegra al Fideicomiso y este último se ve en la obligación de emprender acciones legales contra usted para obtener el reintegro de los beneficios que le pagó por anticipado, usted debe pagar todos los costos y gastos, incluidos los honorarios y costos de abogados(as), en los que incurra el Fideicomiso en relación con el cobro de cualquier monto que se le adeude o la ejecución de sus derechos de reintegro. El Fideicomiso tiene derecho a presentar una demanda contra usted o su representante ante cualquier tribunal estatal o federal que tenga jurisdicción sobre las reclamaciones del Fideicomiso.

Cualquier negativa de su parte a reintegrarle al Fideicomiso cualquier monto pagado en exceso se considerará un incumplimiento de su acuerdo con el mismo; a saber, que el Fideicomiso proporcionará los beneficios disponibles en virtud de esta guía y que usted, a su vez, cumplirá con las normas del Fideicomiso. Además, al aceptar los beneficios del Fideicomiso, usted renuncia a cualquier defensa que pueda tener ante cualquier medida que tome el Fideicomiso para recuperar los montos pagados en exceso o los montos adeudados de conformidad con las normas de esta guía, que incluye, entre otros, la ley de prescripción o el derecho de preferencia, en la medida en que lo permita la ley aplicable.

AVISOS

Aviso de Prácticas de Privacidad del Fideicomiso de Beneficios

Fideicomiso de Beneficios para Trabajadores de Atención Domiciliaria de Oregón

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

EL PRESENTE AVISO DESCRIBE LA MANERA EN QUE SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD Y CÓMO PUEDE ACCEDER A DICHA INFORMACIÓN. REVISE DETENIDAMENTE ESTE AVISO.

Compromiso de privacidad del Fideicomiso

El Fideicomiso de Beneficios para Trabajadores de Atención Domiciliaria de Oregón (el "Fideicomiso") se compromete a proteger la privacidad de su información de salud protegida ("información de salud"). La información de salud es aquella que lo (la) identifica y se relaciona con su salud física o mental, o con la prestación o el pago de los servicios de salud a los que usted accede. De conformidad con la ley aplicable, usted tiene ciertos derechos, descritos en el presente, que se relacionan con su información de salud.

El objetivo de este Aviso es informarle las obligaciones legales del Fideicomiso derivadas de las disposiciones federales sobre la privacidad de la información de salud incluidas en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (por su sigla en inglés "HIPAA") y las regulaciones relacionadas ("leyes federales sobre la privacidad de la información de salud") a fin de:

- **mantener la privacidad de su información de salud;**
- **brindarle este Aviso que describe sus deberes legales y las prácticas de privacidad relacionadas con su información de salud; y**
- **acatar las cláusulas de este Aviso.**

Este Aviso también le informa la manera en que el Fideicomiso utiliza y divulga su información de salud y explica los derechos que usted tiene con respecto a su información de salud en poder del Fideicomiso. Para efectos de este Aviso, "usted" se refiere a los (las) participantes que son elegibles para recibir los beneficios que ofrece el Fideicomiso.

Información sujeta a este Aviso

El Fideicomiso recopila y conserva determinada información de salud sobre usted para facilitar la oferta de beneficios de salud, así como para cumplir los requisitos legales y normativos. El Fideicomiso obtiene esta información de salud, que lo (la) identifica, de las solicitudes y demás formularios que usted completa, de las conversaciones que usted pueda llegar a tener con el personal administrativo del Fideicomiso y los (las) profesionales de atención médica, y de los informes y los datos que los (las) proveedores(as) de servicios de atención médica u otros planes de beneficios para empleados(as) le proporcionan al Fideicomiso. Esta es la información que está sujeta a las prácticas de privacidad descritas en este Aviso. La información de salud sobre usted que el Fideicomiso tiene en su poder puede incluir, entre otros, su nombre, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, número de seguridad social, información laboral e información sobre reclamaciones en materia de salud.

Los Fideicomisos no solo ofrecen beneficios de atención médica sino de otra índole, por ejemplo, los beneficios de tiempo libre remunerado ("PTO"). El Fideicomiso espera, según lo permitan

las regulaciones sobre privacidad emitidas en virtud de la HIPAA, limitar la aplicación de esas regulaciones a los componentes de atención médica del Fideicomiso. Por lo tanto, los componentes en poder del Fideicomiso sujetos a las regulaciones sobre privacidad de la HIPAA deben incluir todos los componentes de atención médica del Fideicomiso, entre ellos, los beneficios dentales, visuales y del EAP, pero no deben incluir los componentes que sean de otra índole.

Resumen de las prácticas de privacidad del Fideicomiso

Uso y divulgación de su información de salud por parte del Fideicomiso

El Fideicomiso utiliza su información de salud para determinar si es elegible para recibir los beneficios, procesar y pagar las primas de sus beneficios y para fines operativos. El Fideicomiso divulga su información de salud a las aseguradoras, administradores(as) externos(as) y proveedores(as) de atención médica para fines de tratamiento, pago y aspectos operativos relacionados con la atención médica. El Fideicomiso también puede divulgar su información de salud a terceros que ayuden al Fideicomiso con aspectos operativos, a entidades gubernamentales y organismos de seguridad, a sus familiares y a otras personas o entidades. En ciertas circunstancias, el Fideicomiso solo usará o divulgará su información de salud, siempre y cuando usted proporcione una autorización por escrito. En otros casos, la autorización no es necesaria. Más adelante se describe con detalle el uso y la divulgación de su información de salud por parte del Fideicomiso.

Sus derechos relacionados con su información de salud

Las leyes federales sobre la privacidad de la información de salud le otorgan ciertos derechos relacionados con su información de salud. Para ser precisos, usted tiene derecho a:

- **revisar y/u obtener una copia de su información de salud;**
- **solicitar que su información de salud sea enmendada;**
- **solicitar un informe donde se detalle la divulgación de su información de salud;**
- **solicitar determinadas restricciones relacionadas con el uso y la divulgación de su información de salud;**
- **solicitar que le compartan su información de salud mediante comunicados confidenciales;**
- **solicitar acceso a su información de salud en un formato electrónico;**
- **recibir avisos de filtración de información de salud que no estaba protegida de forma adecuada, en caso de que le afecte;**
- **presentar una queja ante el Fideicomiso o la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos si cree que se han infringido sus derechos de privacidad; y**
- **recibir una copia impresa de este Aviso.**

Más adelante se abordan con mayor detalle estos derechos y la forma en que puede ejercerlos.

Cambios en las prácticas de privacidad del Fideicomiso

El Fideicomiso se reserva el derecho a cambiar sus prácticas de privacidad y actualizar este Aviso, tal y como se describe más adelante.

Información de contacto

Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre las prácticas de privacidad del Fideicomiso, o sobre este Aviso, o si quiere obtener

información adicional sobre dichas prácticas, comuníquese con:

HIPAA Privacy Officer

Oregon Homecare Workers Benefit Trust
Vimly Benefit Solutions, Inc.
12121 Harbour Reach Dr., Suite 105
Mukilteo, WA 98275

AVISO DETALLADO SOBRE LAS POLÍTICAS DE PRIVACIDAD DEL FIDEICOMISO

USO Y DIVULGACIÓN POR PARTE DEL FIDEICOMISO

Salvo que se describa en esta sección, que lo estipule ley de privacidad federal, o que usted lo autorice, el Fideicomiso solo utiliza y divulga su información de salud para fines administrativos del mismo y para gestionar los beneficios a los que usted tiene derecho.

Uso y divulgación para fines de tratamiento, pago y aspectos operativos relacionados con la atención médica

1. Para fines de tratamiento. Si bien el Fideicomiso no prevé hacer divulgaciones "para fines de tratamiento", este puede hacerlas sin su autorización de ser necesario. Por ejemplo, el Fideicomiso puede divulgar su información de salud a un (una) proveedor(a) de atención médica para facilitar el tratamiento.

2. Para fines de pago. El Fideicomiso puede utilizar y divulgar su información de salud, de modo que se puedan pagar las reclamaciones por concepto de tratamiento, servicios y suministros que usted recibe de los (las) proveedores(as) de atención médica de conformidad con el programa de beneficios del Fideicomiso. Por ejemplo, el Fideicomiso puede compartir su información de inscripción, elegibilidad y reclamaciones con sus procesadores(as) de reclamaciones, de modo que puedan procesarlas. El Fideicomiso puede utilizar y divulgar su información de salud a los (las) proveedores(as) de atención médica para notificarles si determinados beneficios de salud están cubiertos o no. El Fideicomiso también puede divulgar su información de salud a otras aseguradoras o planes de beneficios para coordinar el pago de sus reclamaciones por concepto de atención médica con los responsables de costear ciertos costos. Asimismo, el Fideicomiso puede divulgar su información de salud a auditores(as) de reclamaciones para que revisen las prácticas de facturación de los (las) proveedores(as) de atención médica y verifiquen si el pago de reclamaciones es pertinente.

3. Para fines operativos relacionados con la atención médica. El Fideicomiso puede utilizar y divulgar su información de salud para permitir que sus actividades operativas sean eficientes y en beneficio de sus participantes. Por ejemplo, el Fideicomiso puede divulgar su información de salud a actuarios(as) y contadores(as) para fines de planeación comercial, o a abogados(as) que presten servicios legales al Fideicomiso.

Uso y divulgación a socios comerciales

El Fideicomiso comparte su información de salud con sus "socios comerciales", los cuales son terceros que ayudan al Fideicomiso en aspectos operativos. El Fideicomiso divulga información, sin su autorización, a sus socios comerciales para fines de tratamiento, pago y aspectos operativos relacionados con la atención médica. Por ejemplo, el Fideicomiso comparte su información de salud con sus procesadores(as) de reclamaciones, de modo que puedan procesarlas. El Fideicomiso puede divulgar su información de salud a auditores(as), actuarios(as),

contadores(as) y abogados(as), tal y como se describió anteriormente. Asimismo, si usted es un (una) participante que no habla inglés y tiene preguntas sobre una reclamación, el Fideicomiso puede divulgar su información de salud a un (una) traductor(a); además, puede proporcionar información como nombres y direcciones a los servicios de mensajería.

El Plan celebra acuerdos con sus socios comerciales para garantizar la privacidad de su información de salud.

Uso y divulgación al Patrocinador del Plan

El Fideicomiso puede divulgar, sin su autorización, su información de salud al Patrocinador del Plan, es decir, al Consejo Directivo del Fideicomiso, para fines administrativos del plan, como garantizar la calidad y evaluar la financiación general del Fideicomiso. El Fideicomiso también puede divulgar su información de salud al Patrocinador del Plan para fines de audiencia y fallo de sus apelaciones. Antes de divulgarle la información de salud al Patrocinador del Plan, este debe certificar ante el Fideicomiso que protegerá su información de salud y que ha incluido las cláusulas estipuladas en las normas del Fideicomiso para reflejar su obligación de proteger la privacidad de dicha información.

Otros casos de uso y divulgación que se pueden realizar sin su autorización

Tal y como se describe a continuación, las leyes federales sobre la privacidad de la información de salud establecen usos o divulgaciones particulares que el Fideicomiso puede realizar sin su autorización.

1. La ley lo exige. Puede que su información de salud se utilice o divulgue si la ley lo exige. Por ejemplo, puede que se divulgue su información de salud por los siguientes motivos:

- **Debido a un proceso judicial y administrativo derivado de una orden administrativa o de un tribunal, proceso legal y/o de una autoridad competente.**
- **Para denunciar casos relacionados con víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica.**
- **Para ayudar a los (las) oficiales de los organismos de seguridad a cumplir con sus funciones.**
- **Para notificarles a las autoridades competentes la filtración de información de salud protegida.**

2. Salud y seguridad. Puede que se divulgue su información de salud para evitar una amenaza grave a su salud o seguridad o a las de otra persona. También puede que se divulgue su información de salud para fines relacionados con actividades de salud pública, por ejemplo, prevención o control de enfermedades, lesiones o discapacidades, y para cumplir los requisitos de control y seguimiento de las agencias gubernamentales, como la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos.

3. Funciones gubernamentales. Puede que se divulgue su información de salud al gobierno para que este desempeñe funciones especializadas, como servicios de inteligencia, actividades de seguridad nacional, actividades de autorización de seguridad y protección de funcionarios(as) públicos(as). También se puede divulgar su información de salud a las agencias de vigilancia sanitaria para fines de auditorías, investigaciones, acreditación y demás actividades de vigilancia.

4. Miembros activos(as) del ejército y veteranos(as). Puede que se utilice o divulgue su información de salud para cumplir con leyes y regulaciones relacionadas con el servicio militar o asuntos de veteranos(as).

5. Compensación para trabajadores(as). Puede que se utilice o divulgue su información de salud para cumplir con leyes y regulaciones relacionadas con los beneficios de compensación para trabajadores(as).

6. Situaciones de emergencia. Puede que se utilice o divulgue su información de salud a un (una) familiar o amigo(a) cercano(a) involucrado(a) en su atención en caso de que ocurra una emergencia o a una entidad socorrista en caso de un desastre. Si no quiere que se comparta esta información, puede solicitar que se restrinjan estos tipos de divulgaciones, tal y como se menciona más adelante en este Aviso.

7. Otros motivos relacionados con su atención. En circunstancias limitadas, puede que se divulgue su información de salud a un (una) familiar, amigo(a) cercano(a) u otra persona que el Fideicomiso tenga certeza está involucrada en su atención (por ejemplo, en caso de que resulte gravemente herido(a) y no se pueda comunicar con el Fideicomiso). Asimismo, bajo solicitud, el Fideicomiso puede avisarle a un (una) familiar o amigo(a) cercano(a) sobre su estado de salud general, ubicación (por ejemplo, en qué hospital se encuentra) o fallecimiento. Si no quiere que se comparta esta información, puede solicitar que se restrinjan estas divulgaciones, tal y como se menciona más adelante en este Aviso.

8. Representantes personales. Puede que se divulgue su información de salud a personas que usted haya autorizado para que actúen en su nombre, o personas que estén facultadas legalmente para hacerlo. Algunos ejemplos de representantes personales son padres de menores de edad no emancipados(as) y aquellos(as) que tienen la tutela de sus hijos(as) adultos(as).

9. Información sobre los beneficios relacionados con la salud y el tratamiento. Puede que el Fideicomiso y sus socios comerciales se pongan en contacto con usted para proporcionarle información sobre alternativas de tratamiento o servicios y beneficios relacionados con la salud que posiblemente sean de su interés, por ejemplo, tratamientos, servicios y medicamentos alternativos.

10. Investigación. Bajo ciertas circunstancias, puede que se utilice o divulgue su información de salud para fines investigativos, siempre y cuando se cumplan con los procedimientos exigidos por la ley para proteger la privacidad de los datos de la investigación.

11. Donación de órganos, córneas y tejidos. Si usted es un (una) donante de órganos, puede que se utilice o divulgue su información de salud a un banco de órganos para facilitar la donación o el trasplante de un órgano o tejido.

12. Personas fallecidas. Puede que se divulgue la información de salud de personas fallecidas a médicos(as) forenses y directores(as) de servicios funerarios a fin de que puedan desempeñar sus funciones.

Uso y divulgación para fines publicitarios y de recaudación de fondos

El Fideicomiso y sus socios comerciales tienen prohibido utilizar su información de salud para fines publicitarios o de recaudación de fondos.

Otros casos de uso y divulgación requieren su autorización expresa

El uso y la divulgación de su información de salud para fines distintos a los descritos anteriormente

solo se pueden realizar con su autorización expresa por escrito. Usted puede revocar por escrito su autorización para usar o divulgar su información de salud. Si lo hace, el Fideicomiso no usará ni divulgará su información de salud, salvo que este lo haya hecho cuando contaba con su autorización. Una vez que se divulgue su información de salud de conformidad con su autorización, es posible que las protecciones derivadas de la ley de privacidad federal ya no sean aplicables a la información de salud divulgada, y el (la) destinatario(a) pueda volver a divulgar esa información sin su conocimiento o autorización.

Derechos que tiene con respecto a su información de salud

Usted cuenta con los siguientes derechos en lo que respecta a la información de salud sobre usted que el Fideicomiso crea, recopila y conserva. Si debe enviar una solicitud por escrito relacionada con estos derechos, tal y como se describe en el presente, usted debe enviar dichas solicitudes a:

HIPAA Privacy Officer

Oregon Homecare Workers Benefit Trust
Vimly Benefit Solutions, Inc.
12121 Harbour Reach Dr., Suite 105
Mukilteo, WA 98275

Derecho a revisar y obtener una copia de la información de salud

Usted tiene derecho a revisar y obtener una copia de su registro médico. Su registro médico incluye, entre otras cosas, información sobre su salud, elegibilidad y cobertura del plan, registros de reclamaciones y de facturación. En el caso de los registros médicos que el Fideicomiso conserva de forma electrónica, usted puede solicitarlos en el mismo formato.

Para revisar y obtener una copia de su registro médico, envíe una solicitud por escrito al (a la) funcionario(a) encargado(a) de asuntos de privacidad en virtud de la HIPAA. Luego de recibir su solicitud, el Fideicomiso le enviará un Claims History Report (Informe con el Historial de Reclamaciones), que es un resumen del historial de las reclamaciones de los últimos dos años. Si usted es elegible para recibir los beneficios desde hace menos de dos años, el Claims History Report (Informe con el Historial de Reclamaciones) abordará el período completo de su cobertura.

Si no acepta recibir un Claims History Report (Informe con el Historial de Reclamaciones) y, en cambio, quiere revisar y/u obtener una copia de una parte o de la totalidad de su registro de reclamaciones subyacentes, que incluye información como sus reclamaciones reales y su tarjeta de elegibilidad/inscripción y no se limita a un período de dos años, indíquelo en su solicitud por escrito, de modo que se pueda ajustar. Si solicita una copia impresa de su registro médico subyacente o una parte de su registro médico, el Fideicomiso le cobrará una tarifa de $0.25 por página que equivale al costo de crear una copia y enviar por correo postal la respuesta a su solicitud. Los registros proporcionados en formato electrónico también pueden estar sujetos a un pequeño cobro.

En determinadas circunstancias limitadas, el Fideicomiso puede denegar su solicitud de revisar y obtener una copia de su registro médico. Si el Fideicomiso la deniega, se le informará por escrito. En ciertas circunstancias, si se le niega el acceso a su registro médico, puede solicitar una revisión del rechazo.

Derecho a solicitar que su información de salud sea enmendada

Usted tiene derecho a solicitar que su información de salud sea enmendada si cree que es incorrecta o está incompleta.

Para solicitar una enmienda, envíe una solicitud detallada por escrito al (a la) funcionario(a) encargado(a) de asuntos de privacidad en virtud de la HIPAA. Debe mencionar el (los) motivo(s) que respalda(n) su solicitud. El Fideicomiso puede denegar su solicitud en caso de que no sea por escrito, no mencione los motivos que la respaldan, o si usted solicita enmendar información que:

- **no fue creada por ni para el Fideicomiso, salvo que usted le informe al Fideicomiso que la persona o la entidad que la creó ya no está disponible para hacer la enmienda;**
- **no forma parte de la información de salud que el Fideicomiso tiene bajo su poder;**
- **no forma parte de la información del registro médico que usted tiene permitido revisar y del cual puede obtener una copia; o**
- **es precisa y completa.**

El Fideicomiso le notificará por escrito la aceptación o denegación de su solicitud para enmendar su información de salud. Si el Fideicomiso deniega su solicitud, le explicará la manera en la que puede presentar una reclamación contra la enmienda denegada.

Derecho a solicitar un informe donde se detallen las divulgaciones

Usted tiene derecho a recibir un informe por escrito donde se detallen las divulgaciones. Este informe consiste en una lista de las divulgaciones de su información de salud que el Fideicomiso realizó a otras partes. El informe aborda hasta seis años previos a la fecha de su solicitud. Si quiere un informe que aborde un período de tiempo inferior a seis años, indíquelo en su solicitud por escrito.

Para solicitar un informe donde se detallen las divulgaciones, envíe una solicitud por escrito al (a la) funcionario(a) encargado(a) de asuntos de privacidad en virtud de la HIPAA. En respuesta a su solicitud de un informe donde se detallen las divulgaciones, el Fideicomiso puede proporcionarle una lista de los socios comerciales que han realizado esas divulgaciones en nombre del Fideicomiso, junto con información de contacto para que pueda solicitar dicho informe directamente a cada uno de los socios comerciales. El primer informe que usted solicite en un período de 12 meses será gratis. Si desea recibir un informe adicional en ese mismo período de 12 meses, se le cobrará el costo derivado de la elaboración del informe; sin embargo, el Fideicomiso le notificará sobre ese costo antes de realizar el informe, de modo que pueda decidir si retira su solicitud antes de incurrir en ese costo.

Derecho a solicitar restricciones

Usted tiene derecho a solicitar restricciones relacionadas con la información de salud sobre usted que el Fideicomiso utiliza o divulga para fines de tratamiento, pago u aspectos operativos relacionados con la atención médica. También tiene derecho a solicitar restricciones relacionadas con la información de salud sobre usted que el Fideicomiso le divulga a las personas involucradas en su atención o que pagan los servicios de atención, como un (una) familiar o un (una) amigo(a). Por lo general, el Fideicomiso no está en la obligación de aceptar su solicitud de dichas restricciones, y puede dar por terminado este acuerdo debido a las restricciones que usted solicita. El Plan está en la obligación de aceptar sus solicitudes de restricciones en caso de que se trate de una divulgación con fines de pago si usted

le pagó al (a la) proveedor(a) de atención médica la totalidad de los costos por cuenta propia.

Para solicitar restricciones, envíe una solicitud por escrito al (a la) funcionario(a) encargado(a) de asuntos de privacidad en virtud de la HIPAA, en la cual explique qué tipo de información quiere limitar, y cómo le gustaría aplicar esos límites y/o a quién. El Fideicomiso le notificará por escrito si acepta su solicitud de restricciones y si da por terminado el acuerdo debido a alguna restricción.

Derecho a solicitar comunicados por medios o lugares alternativos

Usted tiene derecho a solicitar que le compartan su información de salud de forma confidencial usando medios o lugares alternativos. Por ejemplo, puede pedir que solo se comuniquen con usted en el trabajo o por correo postal, o que se le brinde acceso a su información de salud en un lugar específico.

Para solicitar comunicados por medios o lugares alternativos, envíe una solicitud por escrito al (a la) funcionario(a) encargado(a) de asuntos de privacidad en virtud de la HIPAA. En su solicitud debe mencionar el (los) motivo(s) de su solicitud, y el medio o lugar alternativo mediante el cual le gustaría recibir su información de salud. Si corresponde, su solicitud debe mencionar que la divulgación total o parcial de la información mediante comunicados de carácter no confidencial pueden ponerlo(a) en peligro. En la medida de lo posible se aceptarán las solicitudes justificadas, y usted recibirá el aviso respectivo.

Derecho a presentar una queja

Usted tiene derecho a presentar una queja ante el Fideicomiso o el Departamento de Salud y Servicios Humanos si cree que se han infringido sus derechos de privacidad. Para presentar una queja ante el Fideicomiso, envíe una queja por escrito al (a la) funcionario(a) encargado(a) de asuntos de privacidad en virtud de la HIPAA mencionado(a) anteriormente.

Usted no será víctima de represalias ni discriminación, y tampoco se le negará ningún servicio, pago o privilegio por haber presentado una queja ante el Fideicomiso o el Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Derecho a recibir una copia impresa del Aviso

Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de este Aviso. Para ello, envíe una solicitud por escrito al (a la) funcionario(a) encargado(a) de asuntos de privacidad en virtud de la HIPAA mencionado(a) anteriormente. Puede que también obtenga una copia de este Aviso si envía una solicitud por escrito a:

Oregon Homecare Workers Benefit Trust

Vimly Benefit Solutions, Inc.
12121 Harbour Reach Dr., Suite 105
Mukilteo, WA 98275

Derecho a recibir avisos de filtración de información

Se le notificará cuando se haya filtrado su información de salud mediante correo postal prioritario en un plazo de 60 días contados a partir de la ocurrencia. La filtración de información ocurre cuando, de conformidad con la HIPAA, hay un uso o divulgación no autorizados que afecta la privacidad o la seguridad de la información de salud protegida. El aviso le proporcionará la siguiente información: (1) una breve descripción de lo sucedido, que incluye la fecha de la filtración

de la información y la fecha en la que se descubrió; (2) las medidas que debe tomar para protegerse de posibles daños que surjan de dicha filtración; y (3) una breve descripción de las medidas que se están tomando para investigarla, mitigar las pérdidas y evitar futuras ocurrencias. Tenga en cuenta que las divulgaciones no autorizadas de información de salud no siempre constituyen una filtración de información que se deba notificar; es posible que no se le notifique si la información de salud que se divulgó estaba protegida de forma adecuada (por ejemplo, datos informáticos encriptados y a los que no se puede acceder sin una contraseña) o si se determina que la probabilidad de que su información de salud se haya visto comprometida es baja.

Cambios en las políticas de privacidad del Fideicomiso

El Fideicomiso se reserva el derecho a cambiar sus prácticas de privacidad y elaborar unas nuevas que sean pertinentes para la información de salud que conserva, incluyendo la información de salud que haya creado o recibido antes de la fecha de entrada en vigencia del cambio, así como la información de salud que pueda recibir a futuro. En caso de que el Fideicomiso realice cambios sustanciales en sus prácticas de privacidad, este debe actualizar el presente Aviso y proporcionarle un Aviso actualizado, ya sea por correo postal o por correo electrónico, en un plazo de 60 días contados a partir de la actualización. Asimismo, las copias del Aviso actualizado se podrán a su disposición tras previa solicitud por escrito, y también las podrá consultar en la Trust Office (Oficina del Fideicomiso).

Fecha de entrada en vigencia

Este Aviso entró en vigencia por primera vez el 31 de mayo del 2017. Este Aviso seguirá vigente, salvo que y hasta que el Fideicomiso publique un Aviso actualizado.

Aviso de Prácticas de Privacidad del Fideicomiso Complementario

Fidecomiso Complementario para Trabajadores de Atención Domiciliaria de Oregón

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

EL PRESENTE AVISO DESCRIBE LA MANERA EN QUE SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD Y CÓMO PUEDE ACCEDER A DICHA INFORMACIÓN. REVISE DETENIDAMENTE ESTE AVISO.

Compromiso de privacidad del Fideicomiso

El Fidecomiso Complementario para Trabajadores de Atención Domiciliaria de Oregón (el “Fideicomiso”) se compromete a proteger la privacidad de su información de salud protegida (“información de salud”). La información de salud es aquella que lo (la) identifica y se relaciona con su salud física o mental, o con la prestación o el pago de los servicios de salud a los que usted accede. De conformidad con la ley aplicable, usted tiene ciertos derechos, descritos en el presente, que se relacionan con su información de salud.

El objetivo de este Aviso es informarle las obligaciones legales del Fideicomiso derivadas de las disposiciones federales sobre la privacidad de la información de salud incluidas en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (por su sigla en inglés “HIPAA”) y las regulaciones relacionadas (“leyes federales sobre la privacidad de la información de salud”) a fin de:

- **mantener la privacidad de su información de salud;**
- **brindarle este Aviso que describe sus deberes legales y las prácticas de privacidad relacionadas con su información de salud; y**
- **acatar las cláusulas de este Aviso.**

Este Aviso también le informa la manera en que el Fideicomiso utiliza y divulga su información de salud y explica los derechos que usted tiene con respecto a su información de salud en poder del Fideicomiso. Para efectos de este Aviso, "usted" se refiere a los (las) participantes que son elegibles para recibir los beneficios que ofrece el Fideicomiso.

Información sujeta a este Aviso

El Fideicomiso recopila y conserva determinada información de salud sobre usted para facilitar la oferta de beneficios, así como para cumplir los requisitos legales y normativos. El Fideicomiso obtiene esta información de salud, que lo (la) identifica, de las solicitudes y demás formularios que usted completa, de las conversaciones que usted pueda llegar a tener con el personal administrativo del Fideicomiso y los (las) profesionales de atención médica, y de los informes y los datos que los (las) proveedores(as) de servicios de atención médica u otros planes de beneficios para empleados(as) le proporcionan al Fideicomiso. Esta es la información que está sujeta a las prácticas de privacidad descritas en este Aviso. La información de salud sobre usted que el Fideicomiso tiene en su poder puede incluir, entre otros, su nombre, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, número de seguridad social, información laboral e información sobre reclamaciones en materia de salud.

Resumen de las prácticas de privacidad del Fideicomiso

Uso y divulgación de su información de salud por parte del Fideicomiso

El Fideicomiso puede utilizar su información de salud para determinar si es elegible para recibir los beneficios, procesar y pagar las primas de sus beneficios y para fines operativos. El Fideicomiso puede divulgar su información de salud a las aseguradoras, administradores(as) externos(as) y proveedores(as) de atención médica para fines de tratamiento, pago y aspectos operativos relacionados con la atención médica. El Fideicomiso también puede divulgar su información de salud a terceros que ayuden al Fideicomiso con aspectos operativos, a entidades gubernamentales y organismos de seguridad, a sus familiares y a otras personas o entidades. En ciertas circunstancias, el Fideicomiso solo usará o divulgará su información de salud, siempre y cuando usted proporcione una autorización por escrito. En otras circunstancias, la autorización no es necesaria. Más adelante se describe con detalle el uso y la divulgación de su información de salud por parte del Fideicomiso.

Sus derechos relacionados con su información de salud

Las leyes federales sobre la privacidad de la información de salud le otorgan ciertos derechos relacionados con su información de salud. Para ser precisos, usted tiene derecho a:

- **revisar y/u obtener una copia de su información de salud;**
- **solicitar que su información de salud sea enmendada;**

- **solicitar un informe donde se detalle la divulgación de su información de salud;**
- **solicitar determinadas restricciones relacionadas con el uso y la divulgación de su información de salud;**
- **solicitar que le compartan su información de salud mediante comunicados confidenciales;**
- **solicitar acceso a su información de salud en un formato electrónico;**
- **recibir avisos de filtración de información de salud que no estaba protegida de forma adecuada, en caso de que le afecte;**
- **presentar una queja ante el Fideicomiso o la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos si cree que se han infringido sus derechos de privacidad; y**
- **recibir una copia impresa de este Aviso.**

Más adelante se abordan con mayor detalle estos derechos y la forma en que puede ejercerlos.

Cambios en las prácticas de privacidad del Fideicomiso

El Fideicomiso se reserva el derecho a cambiar sus prácticas de privacidad y actualizar este Aviso, tal y como se describe más adelante.

Información de contacto

Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre las prácticas de privacidad del Fideicomiso, o sobre este Aviso, o si quiere obtener información adicional sobre dichas prácticas, comuníquese con:

HIPAA Privacy Officer

Oregon Homecare Workers Supplemental Trust
Vimly Benefit Solutions Inc.
12121 Harbour Reach Dr., Suite 105
Mukilteo, WA 98275

Aviso detallado sobre las políticas de privacidad del Fideicomiso

Uso y divulgación por parte del Fideicomiso

Salvo que se describa en esta sección, que lo estipule ley de privacidad federal, o que usted lo autorice, el Fideicomiso solo utiliza y divulga su información de salud para fines administrativos del mismo y para gestionar los beneficios a los que usted tiene derecho.

Uso y divulgación para fines de tratamiento, pago y aspectos operativos relacionados con la atención médica

1. Para fines de tratamiento. Si bien el Fideicomiso no prevé hacer divulgaciones “para fines de tratamiento”, este puede hacerlas sin su autorización de ser necesario. Por ejemplo, el Fideicomiso puede divulgar su información de salud a un (una) proveedor(a) de atención médica para facilitar el tratamiento.

2. Para fines de pago. El Fideicomiso puede utilizar y divulgar su información de salud, de modo que se puedan pagar las reclamaciones por concepto de tratamiento, servicios y suministros que usted recibe de los (las) proveedores(as) de atención médica de conformidad con el programa de beneficios del Fideicomiso. Por ejemplo, el Fideicomiso puede compartir su información de inscripción, elegibilidad y reclamaciones con sus procesadores(as) de reclamaciones, de modo que puedan procesarlas. El Fideicomiso puede utilizar y divulgar su información de salud a los (las) proveedores(as) de atención médica para notificarles si determinados beneficios de salud están cubiertos o no. El Fideicomiso también puede divulgar su información de salud

a otras aseguradoras o planes de beneficios para coordinar el pago de sus reclamaciones por concepto de atención médica con los responsables de costear ciertos costos. Asimismo, el Fideicomiso puede divulgar su información de salud a auditores(as) de reclamaciones para que revisen las prácticas de facturación de los (las) proveedores(as) de atención médica y verifiquen si el pago de reclamaciones es pertinente.

3. Para fines operativos relacionados con la atención médica. El Fideicomiso puede utilizar y divulgar su información de salud para permitir que sus actividades operativas sean eficientes y en beneficio de sus participantes. Por ejemplo, el Fideicomiso puede divulgar su información de salud a actuarios(as) y contadores(as) para fines de planeación comercial, o a abogados(as) que presten servicios legales al Fideicomiso.

Uso y divulgación a socios comerciales

El Fideicomiso comparte su información de salud con sus "socios comerciales", los cuales son terceros que ayudan al Fideicomiso en aspectos operativos. El Fideicomiso divulga información, sin su autorización, a sus socios comerciales para fines de tratamiento, pago y aspectos operativos relacionados con la atención médica. Por ejemplo, el Fideicomiso comparte su información de salud con sus procesadores(as) de reclamaciones, de modo que puedan procesarlas. El Fideicomiso puede divulgar su información de salud a auditores(as), actuarios(as), contadores(as) y abogados(as), tal y como se describió anteriormente; además, puede proporcionar información como nombres y direcciones a los servicios de mensajería. Asimismo, si usted es un (una) participante que no habla inglés y tiene preguntas sobre una reclamación, el Fideicomiso puede divulgar su información de salud a un (una) traductor(a).

El Plan celebra acuerdos con sus socios comerciales para proteger la privacidad de su información de salud.

Uso y divulgación al Patrocinador del Plan

El Fideicomiso puede divulgar, sin su autorización, su información de salud al Patrocinador del Plan, es decir, al Consejo Directivo del Fideicomiso, para fines administrativos del plan, como garantizar la calidad y evaluar la financiación general del Fideicomiso. El Fideicomiso también puede divulgar su información de salud al Patrocinador del Plan para fines de audiencia y fallo de sus apelaciones. Antes de divulgarle la información de salud al Patrocinador del Plan, este debe certificar ante el Fideicomiso que protegerá su información de salud y que ha incluido las cláusulas estipuladas en las normas del Fideicomiso para reflejar su obligación de proteger la privacidad de dicha información.

Otros casos de uso y divulgación que se pueden realizar sin su autorización

Tal y como se describe a continuación, las leyes federales sobre la privacidad de la información de salud establecen usos o divulgaciones particulares que el Fideicomiso puede realizar sin su autorización.

1. La ley lo exige. Puede que su información de salud se utilice o divulgue si la ley lo exige. Por ejemplo, puede que se divulgue su información de salud por los siguientes motivos:

- **Debido a un proceso judicial y administrativo derivado de una orden administrativa o de un tribunal, proceso legal y/o de una autoridad competente.**

- **Para denunciar casos relacionados con víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica.**
- **Para ayudar a los (las) oficiales de los organismos de seguridad a cumplir con sus funciones.**
- **Para notificarles a las autoridades competentes la filtración de la información de salud que no estaba protegida de forma adecuada.**

2. Salud y seguridad. Puede que se divulgue su información de salud para evitar una amenaza grave a su salud o seguridad o a las de otra persona. También puede que se divulgue su información de salud para fines relacionados con actividades de salud pública, por ejemplo, prevención o control de enfermedades, lesiones o discapacidades, y para cumplir los requisitos de control y seguimiento de las agencias gubernamentales, como la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos.

3. Funciones gubernamentales. Puede que se divulgue su información de salud al gobierno para que este desempeñe funciones especializadas, como servicios de inteligencia, actividades de seguridad nacional, actividades de autorización de seguridad y protección de funcionarios(as) públicos(as). También se puede divulgar su información de salud a las agencias de vigilancia sanitaria para fines de auditorías, investigaciones, acreditación y demás actividades de vigilancia.

4. Miembros activos(as) del ejército y veteranos(as). Puede que se utilice o divulgue su información de salud para cumplir con leyes y regulaciones relacionadas con el servicio militar o asuntos de veteranos(as).

5. Compensación para trabajadores(as). Puede que se utilice o divulgue su información de salud para cumplir con leyes y regulaciones relacionadas con los beneficios de compensación para trabajadores(as).

6. Situaciones de emergencia. Puede que se utilice o divulgue su información de salud a un (una) familiar o amigo(a) cercano(a) involucrado(a) en su atención en caso de que ocurra una emergencia o a una entidad socorrista en caso de un desastre. Si no quiere que se comparta esta información, puede solicitar que se restrinjan estos tipos de divulgaciones, tal y como se menciona más adelante en este Aviso.

7. Otros motivos relacionados con su atención. En circunstancias limitadas, puede que se divulgue su información de salud a un (una) familiar, amigo(a) cercano(a) u otra persona que el Fideicomiso tenga certeza está involucrada en su atención (por ejemplo, en caso de que resulte gravemente herido(a) y no se pueda comunicar con el Fideicomiso). Asimismo, bajo solicitud, el Fideicomiso puede avisarle a un (una) familiar o amigo(a) cercano(a) sobre su estado de salud general, ubicación (por ejemplo, en qué hospital se encuentra) o fallecimiento. Si no quiere que se comparta esta información, puede solicitar que se restrinjan estas divulgaciones, tal y como se menciona más adelante en este Aviso.

8. Representantes personales. Puede que se divulgue su información de salud a personas que usted haya autorizado para que actúen en su nombre o personas que estén facultadas legalmente para hacerlo. Algunos ejemplos de representantes personales son padres de menores de edad no emancipados(as) y aquellos(as) que tienen la tutela de sus hijos(as) adultos(as).

9. Información sobre los beneficios relacionados con la salud y el tratamiento. Puede que el Fideicomiso y sus socios comerciales se pongan en contacto con usted para proporcionarle información sobre alternativas de tratamiento

o servicios y beneficios relacionados con la salud que posiblemente sean de su interés, por ejemplo, tratamientos, servicios y medicamentos alternativos.

10. Investigación. Bajo ciertas circunstancias, puede que se utilice o divulgue su información de salud para fines investigativos, siempre y cuando se cumplan con los procedimientos exigidos por la ley para proteger la privacidad de los datos de la investigación.

11. Donación de órganos, córneas y tejidos. Si usted es un (una) donante de órganos, puede que se utilice o divulgue su información de salud a un banco de órganos para facilitar la donación o el trasplante de un órgano o tejido.

12. Personas fallecidas. Puede que se divulgue la información de salud de personas fallecidas a médicos(as) forenses y directores(as) de servicios funerarios a fin de que puedan desempeñar sus funciones.

Uso y divulgación para fines publicitarios y de recaudación de fondos

El Fideicomiso y sus socios comerciales tienen prohibido utilizar su información de salud para fines publicitarios o de recaudación de fondos.

Otros casos de uso y divulgación requieren su autorización expresa

El uso y la divulgación de su información de salud para fines distintos a los descritos anteriormente solo se pueden realizar con su autorización expresa por escrito. Usted puede revocar por escrito su autorización para usar o divulgar su información de salud. Si lo hace, el Fideicomiso no usará ni divulgará su información de salud de conformidad con la revocación de la autorización, salvo que este lo haya hecho cuando contaba con su autorización. Una vez que se divulgue su información de salud de conformidad con su autorización, es posible que las protecciones derivadas de la ley de privacidad federal ya no sean aplicables a la información de salud divulgada, y el (la) destinatario(a) pueda volver a divulgar esa información sin su conocimiento o autorización.

Derechos que tiene con respecto a su información de salud

Usted cuenta con los siguientes derechos en lo que respecta a la información de salud sobre usted que el Fideicomiso crea, recopila y conserva. Si debe enviar una solicitud por escrito relacionada con estos derechos, tal y como se describe en el presente, usted debe enviar dichas solicitudes a:

HIPAA Privacy Officer

Oregon Homecare Workers Supplemental Trust
Vimly Benefit Solutions, Inc.
12121 Harbour Reach Dr., Suite 105
Mukilteo, WA 98275

Derecho a revisar y obtener una copia de la información de salud

Usted tiene derecho a revisar y obtener una copia de su registro médico. Su registro médico incluye, entre otras cosas, información sobre su salud, elegibilidad y cobertura del plan, registros de reclamaciones y de facturación. En el caso de los registros médicos que el Fideicomiso conserva de forma electrónica, usted puede solicitarlos en el mismo formato.

Para revisar y obtener una copia de su registro médico, envíe una solicitud por escrito al (a la) funcionario(a) encargado(a) de asuntos de privacidad en virtud de la HIPAA. Luego de

recibir su solicitud, el Fideicomiso le enviará un Claims History Report (Informe con el Historial de Reclamaciones), que es un resumen del historial de las reclamaciones de los últimos dos años. Si usted es elegible para recibir los beneficios desde hace menos de dos años, el Claims History Report (Informe con el Historial de Reclamaciones) abordará el período completo de su cobertura.

Si no acepta recibir un Claims History Report (Informe con el Historial de Reclamaciones) y, en cambio, quiere revisar y/u obtener una copia de una parte o de la totalidad de su registro de reclamaciones subyacentes, que incluye información como sus reclamaciones reales y su tarjeta de elegibilidad/inscripción y no se limita a un período de dos años, indíquelo en su solicitud por escrito, de modo que se pueda ajustar.
Si solicita una copia impresa de su registro médico subyacente o una parte de su registro médico, el Fideicomiso le cobrará una tarifa de $0.25 por página que equivale al costo de crear una copia y enviar por correo postal la respuesta a su solicitud. Los registros proporcionados en formato electrónico también pueden estar sujetos a un pequeño cobro.

En determinadas circunstancias limitadas, el Fideicomiso puede denegar su solicitud de revisar y obtener una copia de su registro médico. Si el Fideicomiso la deniega, se le informará por escrito. En ciertas circunstancias, si se le niega el acceso a su registro médico, puede solicitar una revisión del rechazo.

Derecho a solicitar que su información de salud sea enmendada

Usted tiene derecho a solicitar que su información de salud sea enmendada si cree que es incorrecta o está incompleta.

Para solicitar una enmienda, envíe una solicitud detallada por escrito al (a la) funcionario(a) encargado(a) de asuntos de privacidad en virtud de la HIPAA. Debe mencionar el (los) motivo(s) que respalda(n) su solicitud. El Fideicomiso puede denegar su solicitud en caso de que no sea por escrito, no mencione los motivos que la respaldan, o si usted solicita enmendar información que:

- **no fue creada por ni para el Fideicomiso, salvo que usted le informe al Fideicomiso que la persona o la entidad que la creó ya no está disponible para hacer la enmienda;**
- **no forma parte de la información de salud que el Fideicomiso tiene bajo su poder;**
- **no forma parte de la información del registro médico que usted tiene permitido revisar y del cual puede obtener una copia; o**
- **es precisa y completa.**

El Fideicomiso le notificará por escrito la aceptación o denegación de su solicitud para enmendar su información de salud. Si el Fideicomiso deniega su solicitud, le explicará la manera en la que puede presentar una reclamación contra la enmienda denegada.

Derecho a solicitar un informe donde se detallen las divulgaciones

Usted tiene derecho a recibir un informe por escrito donde se detallen las divulgaciones. Este informe consiste en una lista de las divulgaciones de su información de salud que el Fideicomiso realizó a otras partes. El informe aborda hasta seis años previos a la fecha de su solicitud. Si quiere un informe que aborde un período de tiempo inferior a seis años, indíquelo en su solicitud por escrito.

Para solicitar un informe donde se detallen las divulgaciones, envíe una solicitud por escrito al (a la) funcionario(a) encargado(a)

de asuntos de privacidad en virtud de la HIPAA. En respuesta a su solicitud de un informe donde se detallen las divulgaciones, el Fideicomiso puede proporcionarle una lista de los socios comerciales que han realizado esas divulgaciones en nombre del Fideicomiso, junto con información de contacto para que pueda solicitar dicho informe directamente a cada uno de los socios comerciales. El primer informe que usted solicite en un período de 12 meses será gratis. Si desea recibir un informe adicional en ese mismo período de 12 meses, se le cobrará el costo derivado de la elaboración del informe; sin embargo, el Fideicomiso le notificará sobre ese costo antes de realizar el informe, de modo que pueda decidir si retira su solicitud antes de incurrir en ese costo.

Derecho a solicitar restricciones

Usted tiene derecho a solicitar restricciones relacionadas con la información de atención médica sobre usted que el Fideicomiso utiliza o divulga para fines de tratamiento, pago u aspectos operativos relacionados con la atención médica. También tiene derecho a solicitar restricciones relacionadas con la información de salud sobre usted que el Fideicomiso le divulga a las personas involucradas en su atención o que pagan los servicios de atención, como un (una) familiar o un (una) amigo(a). Por lo general, el Fideicomiso no está en la obligación de aceptar su solicitud de dichas restricciones, y puede dar por terminado este acuerdo debido a las restricciones que usted solicita. El Plan está en la obligación de aceptar sus solicitudes de restricciones en caso de que se trate de una divulgación con fines de pago si usted le pagó al (a la) proveedor(a) de atención médica la totalidad de los costos por cuenta propia.

Para solicitar restricciones, envíe una solicitud por escrito al (a la) funcionario(a) encargado(a) de asuntos de privacidad en virtud de la HIPAA, en la cual explique qué tipo de información quiere limitar, y cómo le gustaría aplicar esos límites y/o a quién. El Fideicomiso le notificará por escrito si acepta su solicitud de restricciones y si da por terminado el acuerdo debido a alguna restricción.

Derecho a solicitar comunicados por medios o lugares alternativos

Usted tiene derecho a solicitar que le compartan su información de salud de forma confidencial usando medios o lugares alternativos. Por ejemplo, puede pedir que solo se comuniquen con usted en el trabajo o por correo postal, o que se le brinde acceso a su información de salud en un lugar específico.

Para solicitar comunicados por medios o lugares alternativos, envíe una solicitud por escrito al (a la) funcionario(a) encargado(a) de asuntos de privacidad en virtud de la HIPAA. En su solicitud debe mencionar el (los) motivo(s) de su solicitud, y el medio o lugar alternativo mediante el cual le gustaría recibir su información de salud. Si corresponde, su solicitud debe mencionar que la divulgación total o parcial de la información mediante comunicados de carácter no confidencial pueden ponerlo(a) en peligro. En la medida de lo posible se aceptarán las solicitudes justificadas, y usted recibirá el aviso respectivo.

Derecho a presentar una queja

Usted tiene derecho a presentar una queja ante el Fideicomiso o el Departamento de Salud y Servicios Humanos si cree que se han infringido sus derechos de privacidad. Para presentar una queja ante el Fideicomiso, envíe una queja por escrito al (a la) funcionario(a) encargado(a) de asuntos de privacidad en virtud de la HIPAA mencionado(a) anteriormente.

Usted no será víctima de represalias ni discriminación, y tampoco se le negará ningún servicio, pago o privilegio por haber presentado una queja ante el Fideicomiso o el Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Derecho a recibir una copia impresa del Aviso

Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de este Aviso. Para ello, envíe una solicitud por escrito al (a la) funcionario(a) encargado(a) de asuntos de privacidad en virtud de la HIPAA mencionado(a) anteriormente. Puede que también obtenga una copia si envía una solicitud por escrito a:

HIPAA Privacy Officer

Oregon Homecare Workers Supplemental Trust
Vimly Benefit Solutions, Inc.
12121 Harbour Reach Dr., Suite 105
Mukilteo, WA 98275

Derecho a recibir avisos de filtración de información

Se le notificará cuando se haya filtrado su información de salud mediante correo postal prioritario en un plazo de 60 días contados a partir de la ocurrencia. La filtración de información ocurre cuando, de conformidad con la HIPAA, hay un uso o divulgación no autorizados que afecta la privacidad o la seguridad de la información de salud protegida. El aviso le proporcionará la siguiente información: (1) una breve descripción de lo sucedido, que incluye la fecha de la filtración de la información y la fecha en la que se descubrió; (2) las medidas que debe tomar para protegerse de posibles daños que surjan de dicha filtración; y (3) una breve descripción de las medidas que se están tomando para investigarla, mitigar las pérdidas y evitar futuras ocurrencias. Tenga en cuenta que las divulgaciones no autorizadas de información de salud no siempre constituyen una filtración de información que se deba notificar; es posible que no se le notifique si la información de salud que se divulgó estaba protegida de forma adecuada (por ejemplo, datos informáticos encriptados y a los que no se puede acceder sin una contraseña) o si se determina que la probabilidad de que su información de salud se haya visto comprometida es baja.

Cambios en las políticas de privacidad del Fideicomiso

El Fideicomiso se reserva el derecho a cambiar sus prácticas de privacidad y elaborar unas nuevas que sean pertinentes para la información de salud que conserva, incluyendo la información de salud que haya creado o recibido antes de la fecha de entrada en vigencia del cambio, así como la información de salud que pueda recibir a futuro. En caso de que el Fideicomiso realice cambios sustanciales en sus prácticas de privacidad, este debe actualizar el presente Aviso y proporcionarle un Aviso actualizado, ya sea por correo postal o por correo electrónico, en un plazo de 60 días contados a partir de la actualización. Asimismo, las copias del Aviso actualizado se podrán a su disposición tras previa solicitud por escrito, y también las podrá consultar en la Trust Office (Oficina del Fideicomiso).

Fecha de entrada en vigencia

Este Aviso entró en vigencia por primera vez el 1.º de agosto del 2013. Este Aviso seguirá vigente, salvo que y hasta que el Fideicomiso publique un Aviso actualizado.

Aviso sobre los Derechos de Continuidad de la Cobertura derivados de la Ley COBRA del Fideicomiso de Beneficios

Aviso sobre el Derecho de Continuidad de la Cobertura mediante pagos por cuenta propia en virtud de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria del 1986 (por su sigla en inglés "COBRA")

Este Aviso incluye información de suma importancia sobre su derecho a seguir gozando de la cobertura laboral que ofrece el Fideicomiso de Beneficios en virtud de la Ley COBRA, así como OTRAS opciones de cobertura médica que pueda tener a su disposición, entre ellas, la cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos u otro plan médico grupal (como el plan de su cónyuge). Puede encontrar información sobre el Mercado de Seguros Médicos y otras opciones de cobertura al principio de la página 82 de este Aviso. Lea detenidamente la información de este Aviso antes de tomar una decisión.

¿Cómo puedo solicitar la continuidad de la cobertura en virtud de la Ley COBRA? Para solicitar la continuidad de la cobertura, complete el COBRA Election Notice (Aviso de Elección de COBRA) adjunto y envíelo a la Trust Office (Oficina del Fideicomiso). Tiene un plazo de 60 días contados a partir de la fecha en la que perdió la cobertura o de la fecha en la que recibió el COBRA Election Notice (Aviso de Elección de COBRA) adjunto, lo último que ocurra.

¿Cuánto dura la continuidad de la cobertura? La continuidad de su cobertura en virtud de la Ley COBRA entra en vigencia el primer mes siguiente a la fecha en la que perdió la cobertura. Por lo general, en el caso de pérdida de cobertura debido al cese laboral o la reducción de horas de trabajo, puede seguir gozando de la cobertura en virtud de la Ley COBRA hasta 18 meses.

¿Cuánto tiempo se pude prorrogar la continuidad de la cobertura en virtud de la Ley COBRA? Si solicita la cobertura en virtud de la Ley COBRA, se puede hacer una prórroga del período máximo de cobertura si usted está discapacitado(a). Debe notificarle oportunamente a la Trust Office (Oficina del Fideicomiso) cualquier discapacidad a fin de prorrogar el período de continuidad de la cobertura. Si no notifica oportunamente la discapacidad, tal y como se describió anteriormente, se rechazará la prórroga de la cobertura en virtud de la Ley COBRA.

¿Cuánto cuesta la continuidad de la cobertura en virtud de la Ley COBRA? El costo de la continuidad de la cobertura en virtud de la Ley COBRA se menciona en el COBRA Election Notice (Aviso de Elección de COBRA) adjunto, y puede incluir una tarifa administrativa del 2 % permitida por la ley federal. Tenga en cuenta que otras opciones de continuidad (como recurrir al Mercado de Seguros Médicos o al plan de su cónyuge) pueden ser menos costosas que la opción derivada de la Ley COBRA. Puede encontrar información adicional sobre estas opciones al inicio de la página 82 de este Aviso.

¿Cuándo y cómo se debe realizar el pago relativo a la continuidad de la cobertura en virtud de la Ley COBRA?

Primer pago relativo a la continuidad de la cobertura

Debe realizar el primer pago relativo a la continuidad de la cobertura en virtud de la Ley COBRA a más tardar 45 días después de la

fecha en la que envió el Election Notice (Aviso de Elección). Los 45 días se empezarán a contar a partir de la fecha en la que se estampille su Election Notice (Aviso de Elección). Tenga en cuenta que no empezará a gozar de los beneficios derivados de la Ley COBRA hasta que no realice el pago. Debe pagar todo el monto equivalente al primer pago, incluyendo los pagos retroactivos adeudados a la fecha de entrada en vigencia de su cobertura en virtud de la Ley COBRA. Si no paga oportunamente en el período de 45 días, la continuidad de su cobertura se dará por terminada y perderá todos los derechos derivados de la Ley COBRA.

Pagos mensuales relativos a la continuidad de la cobertura

Después de que usted realice el primer pago relativo a la continuidad de la cobertura en virtud de la Ley COBRA, está en la obligación de realizar pagos mensuales por cada período de cobertura. Los pagos deben efectuarse el primer día de cada mes de cobertura. Por lo general, si realiza el pago el primer día del período de cobertura o antes, su cobertura estará vigente durante ese período de cobertura sin interrupciones. La Trust Office (Oficina del Fideicomiso) le enviará un extracto mensual que refleja la prima adeudada; sin embargo, la factura se proporciona solo como cortesía y no es un requisito legal. El Departamento de Trabajo (por su sigla en inglés DOL) establece que los (las) participantes del plan derivado de la Ley COBRA deben realizar sus pagos a tiempo, incluso si no reciben cuentas de cobro con frecuencia.

Períodos de gracia para realizar los pagos periódicos

Aunque los pagos mensuales se deben efectuar el primer día del mes de cobertura, la ley otorga un período de gracia de 30 días contados a partir del primer día del período de cobertura. La continuidad de su cobertura se proporcionará por cada período de cobertura, siempre y cuando el pago de dicho período se realice antes de que se termine el período de gracia. Sin embargo, se suspenderán los beneficios durante el período de gracia hasta que se reciba el pago de su prima. Si no paga el monto total antes de que termine el período de gracia de 30 días, se dará por terminada su cobertura y perderá todos los derechos derivados de la Ley COBRA. No podrá recuperar la cobertura derivada de la Ley COBRA. En caso de que no reciba una cuenta de cobro mensual, usted sigue siendo responsable de realizar el pago a más tardar cuando termine el período de gracia de 30 días.

Infórmele a la Benefits Administrative Office (Oficina Administrativa de Beneficios) cualquier cambio en su dirección: si solicita la cobertura en virtud de la Ley COBRA, debe mantener informada a la Benefits Administrative Office (Oficina Administrativa de Beneficios) de cualquier cambio en su dirección para asegurarse de que las facturas y otros comunicados se envíen a la dirección correcta. También debe guardar en sus registros una copia de cualquier aviso que envíe a la Benefits Administrative Office (Oficina Administrativa de Beneficios). Informe sobre cualquier cambio en su dirección a:

Vimly Benefit Solutions, Inc.
COBRA Dept.
P.O. Box 6
Mukilteo, WA 98275

Para obtener más información: este Aviso no describe por completo la continuidad de la cobertura en virtud de la Ley COBRA u otros derechos que pueden estar disponibles de conformidad con el Plan. Puede encontrar más información sobre la continuidad de la

cobertura y sus derechos derivados del Plan en la descripción resumida del plan o recurriendo al Administrador del Plan.

Si tiene alguna pregunta sobre la información de este Aviso o sus derechos de darle continuidad a su cobertura en virtud de la Ley COBRA, comuníquese con Vimly Benefit Solutions, Inc. al 1-844-507-7554 o al correo electrónico OHCWT@vimly.com.

Los (las) empleados(as) que deseen obtener más información sobre los derechos derivados de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación para los Empleados (por su sigla en inglés ERISA), entre ellos, la Ley COBRA, la HIPAA, la Ley de Protección al Paciente y Atención de Salud Asequible (por su sigla en inglés PPACA) y otras leyes que afectan los planes médicos grupales, pueden comunicarse con la Administración Seguridad de Beneficios de los Empleados (por su sigla en inglés EBSA) del Departamento de Trabajo de los EE. UU. al 1-866-444-3272, o pueden visitar el sitio web de la EBSA en www.dol.gov/ebsa.

Mercado de Seguros Médicos y opciones de continuidad de cobertura distintas a la Ley COBRA que puede considerar

¿QUÉ ES EL MERCADO DE SEGUROS MÉDICOS? El Mercado de Seguros ofrece un "centro de adquisición único" para encontrar y comparar opciones de seguro médico. En el Mercado de Seguros, usted podría ser elegible para recibir un nuevo tipo de crédito fiscal que reduzca sus primas mensuales y sus costos por cuenta propia por concepto de deducibles, coaseguro y copagos, y puede ver cuál será su prima, deducibles y costos por cuenta propia antes de que decida inscribirse. A través del Mercado de Seguros también puede saber si cumple los requisitos para recibir una cobertura gratuita o de bajo costo de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (por su sigla en inglés CHIP). Puede acceder al Mercado de Seguros de su estado en www.HealthCare.gov o llamando al 1-800-318-2596.

Puede que la cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos cueste menos que solicitar la continuidad de la cobertura en virtud de la Ley COBRA. El hecho de que se le ofrezca la opción de continuidad de la cobertura en virtud de la Ley COBRA no limita su elegibilidad para gozar de cobertura o recibir un crédito fiscal a través del Mercado de Seguros.

¿CUÁNDO PUEDO INSCRIBIRME EN LA COBERTURA ADQUIRIDA EN EL MERCADO DE SEGUROS? Tiene 60 días desde el momento en que pierde su cobertura laboral para inscribirse en un plan del Mercado de Seguros. Esto se debe a que perder su cobertura médica laboral es un evento que le permite tener un "período especial de inscripción" en el Mercado de Seguros. Después de los 60 días, se dará por terminado su período especial de inscripción y es posible que no pueda inscribirse, por lo que debe tomar medidas de inmediato. Además, durante lo que se denomina un período anual de "inscripción abierta", cualquier persona puede inscribirse en la cobertura adquirida en el Mercado de Seguros. Para obtener más información sobre cómo inscribirse en un plan del Mercado de Seguros, cuándo será el próximo período de inscripción abierta y qué necesita saber sobre los eventos calificados y los períodos especiales de inscripción, visite www.HealthCare.gov.

SI OPTO POR LA OPCIÓN DERIVADA DE LA LEY COBRA, ¿PUEDO CAMBIARME A UNA COBERTURA DEL MERCADO DE SEGUROS? ¿QUÉ PASA SI ELIJO LA COBERTURA ADQUIRIDA EN EL MERCADO DE SEGUROS Y QUIERO VOLVER A LA OPCIÓN DERIVADA DE LA LEY COBRA? Si opta por la opción derivada de la Ley COBRA, puede

cambiarse a un plan del Mercado de Seguros durante un período de inscripción abierta del mismo. También puede optar por finalizar antes de tiempo la continuidad de su cobertura en virtud de la Ley COBRA y cambiarse a un plan del Mercado de Seguros si tiene otro evento calificado, como matrimonio o nacimiento de un hijo, que también le permite tener un "período especial de inscripción". Pero tenga cuidado: si cancela la opción derivada de la Ley COBRA antes de tiempo sin contar con otro evento calificado, tendrá que esperar para inscribirse en la cobertura adquirida en el Mercado de Seguros hasta el próximo período de inscripción abierta, y podría terminar sin cobertura médica entretanto.

Una vez que haya agotado la continuidad de su cobertura en virtud de la Ley COBRA y finalice la cobertura, será elegible para inscribirse en la cobertura adquirida en el Mercado de Seguros a través de un período especial de inscripción, incluso si la inscripción abierta del Mercado de Seguros ha terminado. Si opta por la cobertura adquirida en el Mercado de Seguros en lugar de la opción de continuidad de su cobertura en virtud de la Ley COBRA, no puede cambiarse a la opción de continuidad de cobertura en virtud de la Ley COBRA bajo ninguna circunstancia.

¿PUEDO INSCRIBIRME EN OTRO PLAN MÉDICO GRUPAL? Puede ser elegible para inscribirse en la cobertura de otro plan médico grupal (como el plan de su cónyuge), si solicita la inscripción en ese plan en un plazo de 30 días contados a partir de la pérdida de cobertura. Si usted o su dependiente optan por la continuidad de la cobertura en virtud de la Ley COBRA en lugar de inscribirse en otro plan médico grupal a su disposición, tendrá otra oportunidad de inscribirse en el otro plan médico grupal si lo hace en un plazo de 30 días contados a partir de la pérdida de la continuidad de la cobertura en virtud de la Ley COBRA.

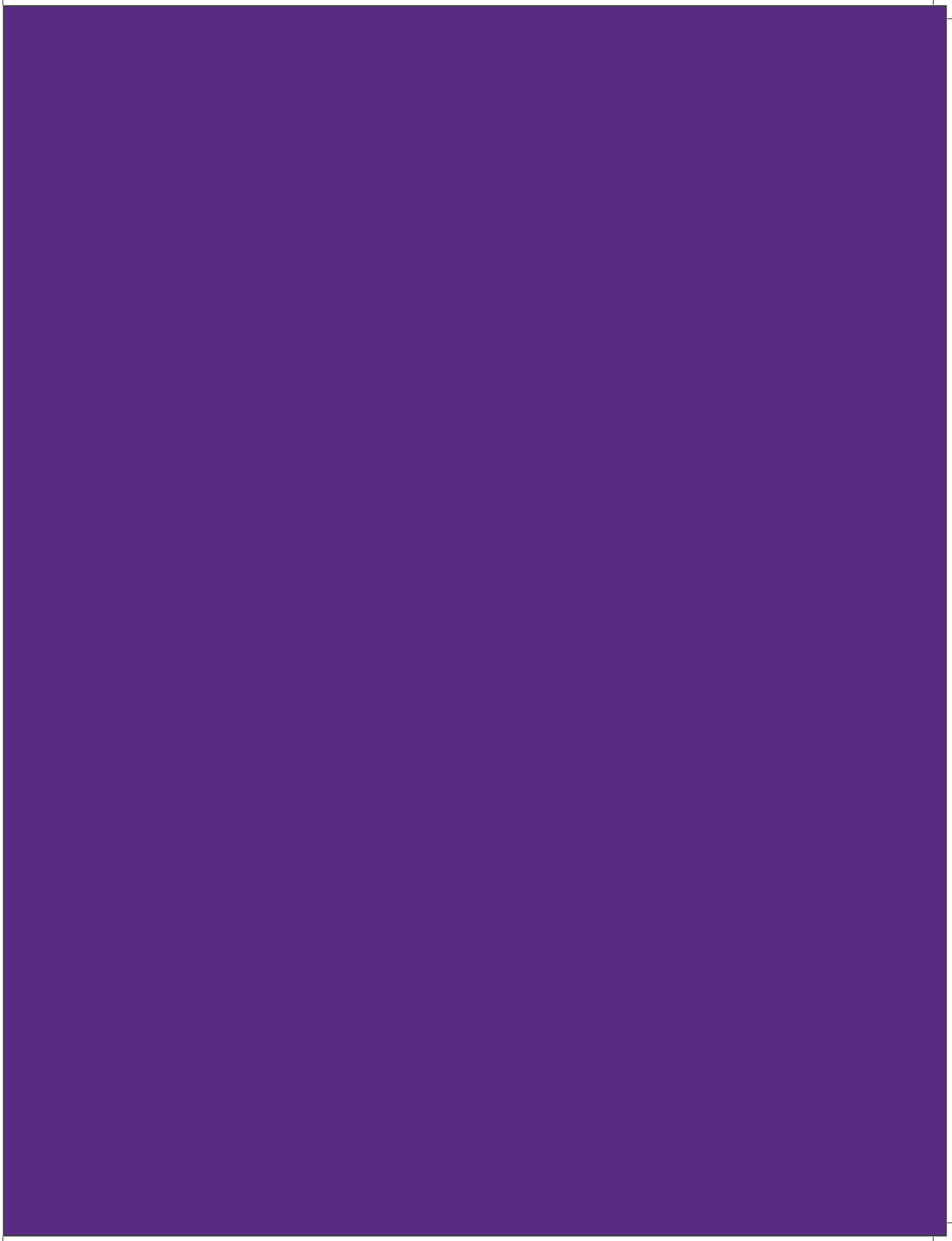
¿QUÉ FACTORES DEBO TENER EN CUENTA AL ELEGIR LAS OPCIONES DE COBERTURA?

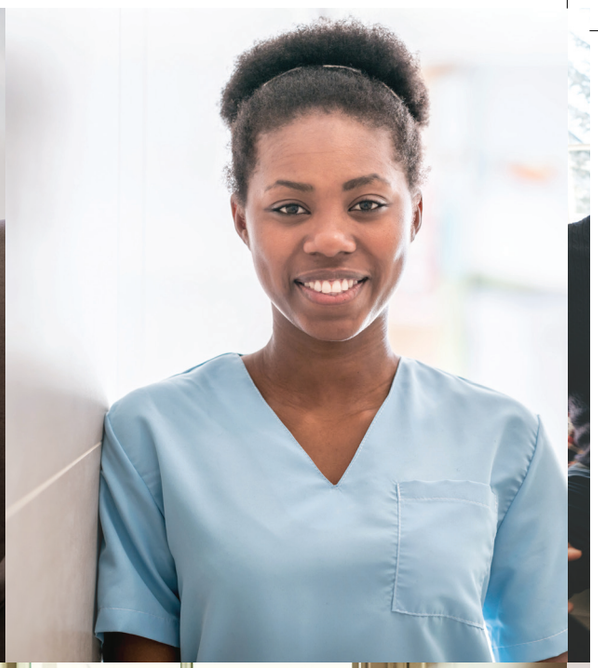
Al considerar sus opciones de cobertura médica, es posible que deba analizar:

- **Primas: su plan anterior puede cobrar hasta el 102 % de las primas totales del plan en caso de tener la cobertura derivada de la Ley COBRA. Otras opciones pueden ser menos costosas, como la cobertura a través del plan del cónyuge o del Mercado de Seguros.**
- **Redes de proveedores(as): si actualmente recibe atención o tratamiento de una afección, es posible que un cambio en su cobertura afecte su acceso a un (una) proveedor(a) de atención médica en particular. Puede verificar si sus proveedores(as) de atención médica actuales forman parte de una red mientras considera las opciones de cobertura médica.**
- **Vademécum de medicamentos: si actualmente está tomando medicamentos, es posible que un cambio en su cobertura médica afecte los costos de sus medicamentos y, en algunos casos, puede que otro plan no los cubra. Puede verificar si sus medicamentos actuales están incluidos en el vademécum de medicamentos de otras coberturas médicas.**
- **Pagos indemnizatorios: si perdió su trabajo y recibió una indemnización de su empleador anterior, es posible que este último se haya ofrecido a pagar algunos o todos los pagos del beneficio derivado de la Ley COBRA durante un período de tiempo. En este caso, se puede comunicar con el Departamento de Trabajo al 1-866-444-3272 para analizar sus opciones.**
- **Áreas de servicio: algunos planes limitan sus beneficios a áreas específicas de servicio o cobertura, de modo que si se muda a otra área del país, es posible que no pueda utilizar sus beneficios. Puede comprobar si su plan**

tiene un área de servicio o cobertura, u otras limitaciones similares.

- Otros costos compartidos: además de las primas o aportes a la cobertura médica, probablemente pague copagos, deducibles, coaseguro u otros montos al hacer uso de los beneficios. Puede verificar cuáles son los requisitos de costos compartidos de las otras opciones de cobertura médica. Por ejemplo, puede que una opción tenga primas mensuales mucho más bajas, pero un deducible y copagos mucho más altos.





Carewell
SEIU503