

Inscripción Anual 2026
Avisos y Divulgaciones del
Plan de Salud

Distrito Escolar
Independiente de Aldine

1 de enero de 2026

Divulgaciones de Protección de Pacientes **3**

Aviso sobre Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer (WHCRA) **3**

Ley de Protección de la Salud de los Recién Nacidos y las Madres **3**

Asistencia para las Primas de Medicaid y del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)**4**

Recordatorio sobre el Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA **8**

Derechos de Inscripción Especiales de HIPAA **8**

Aviso de Indemnización Fija.**9**

Aviso de Cobertura Acreditable **10**

Aviso General COBRA**12**

Aviso del Mercado**16**

Si usted (y/o sus dependientes) tiene Medicare o cumplirá los requisitos para recibirlo en los próximos 12 meses, una ley Federal le ofrece más opciones en cuanto a la cobertura de sus medicamentos con prescripción. Para más detalles, consulte la página 10.

Divulgación de la Protección del Paciente

Los planes médicos de Aldine ISD generalmente permiten la designación de un proveedor de atención primaria. Usted tiene derecho a designar a cualquier proveedor de atención primaria que participe en nuestra red y que esté disponible para aceptarle a usted o a los miembros de su familia. Si desea información acerca de cómo elegir un proveedor de atención primaria y obtener una lista de los proveedores de atención primaria participantes, póngase en contacto con el administrador de su plan.

En el caso de los niños, puede designar a un pediatra como proveedor de atención primaria. No necesita autorización previa de Aldine ISD ni de ninguna otra persona (incluido un proveedor de atención primaria) para obtener acceso a atención obstétrica o ginecológica de un profesional de atención médica de nuestra red que se especialice en obstetricia o ginecología.

No obstante, el profesional de la salud puede estar obligado a cumplir determinados procedimientos, como obtener autorización previa para determinados servicios, seguir un plan de tratamiento preaprobado o procedimientos para hacer derivaciones. Para obtener una lista de los profesionales de la salud especializados en obstetricia o ginecología, póngase en contacto con el administrador de su plan.

Aviso sobre Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer (WHCRA)

Si se ha sometido o va a someterse a una mastectomía, es posible que tenga derecho a ciertos beneficios en virtud de la Ley de Derechos de las Mujeres Contra el Cáncer de 1998 (WHCRA). En el caso de las personas que reciben beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se proporcionará de la manera que se determine en consulta con el médico tratante y el paciente, para:

- Todas las fases de reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para conseguir un aspecto simétrico;
- Prótesis; y
- Tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema.

Estos beneficios se proporcionarán sujetos a los mismos deducibles y coaseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados por nuestro plan.

Si desea más información sobre los beneficios de WHCRA, llame al administrador de su plan.

Ley de Protección de la Salud de los Recién Nacidos y las Madres

En general, los planes de salud colectivos y los emisores de seguros de salud no pueden, según la legislación federal, restringir los beneficios por cualquier estancia hospitalaria en relación con el parto de la madre o del recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o a menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley Federal no prohíbe, por lo general, que el proveedor que atiende a la madre o al recién nacido, tras consultar con la madre, dé el alta a la madre o al recién

nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según el caso). En cualquier caso, los planes y emisores no pueden, de acuerdo con la legislación federal, exigir que un proveedor obtenga la autorización del plan o del emisor de seguros para prescribir una estancia que no supere las 48 horas (o 96 horas).

Asistencia para las Primas de Medicaid y del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)

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

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y viven en uno de los estados que se indican a continuación, póngase en contacto con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para saber si hay ayudas para las primas.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y cree que usted o alguno de sus dependientes podría ser elegible para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado o marque **1-877-KIDS NOW** o www.insurekidsnow.gov para averiguar cómo solicitarlo. Si cumple los requisitos, pregunte a su estado si tiene un programa que pueda ayudarlo a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes tienen derecho a la ayuda para el pago de la prima en el marco de Medicaid o CHIP, así como al plan de su empresa, ésta debe permitirle inscribirse en el plan de su empresa si aún no está inscrito. Se trata de una oportunidad de "inscripción especial", y **debe solicitar la cobertura en un plazo de 60 días desde que se determine que es elegible para la ayuda para el pago de la prima**. Si tiene preguntas acerca de la inscripción en el plan de su empresa, póngase en contacto con el Departamento de Trabajo en www.askebsa.dol.gov o llame al **1-866-444-EBSA (3272)**.

Si vive en uno de los siguientes estados, puede ser elegible para ayuda para pagar las primas del plan de salud de su empresa. La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de julio de 2025. Póngase en contacto con su Estado para obtener más información sobre la elegibilidad.

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

Página web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/ Centro de Contacto para Afiliados a Health First Colorado: 1-800-221-3943/ Relay Estatal 711 CHP+: https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus Servicio de Atención al Cliente de CHP+: 1-800-359-1991/Relay Estatal 711 Health Insurance Buy-In Program (HIBI): https://www.mycohibi.com/ Servicio de Atención al Cliente de HIBI: 1-855-692-6442	Página web: https://www.flmedicaidtprecovery.com/flmedicaidtprecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268
GEORGIA - Medicaid	INDIANA - Medicaid
Página web de HIPP de Georgia: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162, Pulse 1 Página web de CHIPRA de Georgia: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Teléfono: 678-564-1162, Pulse 2	Programa de Pago de Primas del Seguro de Salud Todos los demás Medicaid Página web: https://www.in.gov/medicaid/ http://www.in.gov/fssa/dfr/ Administración de Servicios Sociales y Familiares Teléfono: 1-800-403-0864 Teléfono de Atención al Afiliado: 1-800-457-4584
IOWA - Medicaid y CHIP (Hawki)	KANSAS - Medicaid
Página web de Medicaid: Iowa Medicaid Salud y Servicios Humanos Medicaid Teléfono: 1-800-338-8366 Página web de Hawki: Hawki - Niños Sanos y Saludables en Iowa Salud y Servicios Humanos Teléfono Hawki: 1-800-257-8563 Página web de HIPP: Programa de Pago de Primas del Seguro de Salud (HIPP) Salud y Servicios Humanos (iowa.gov) Teléfono HIPP: 1-888-346-9562	Página web: https://www.kancare.ks.gov/ Teléfono: 1-800-792-4884 Teléfono HIPP: 1-800-967-4660
KENTUCKY - Medicaid	LOUISIANA - Medicaid
Página web del Programa de Pago de Primas del Seguro de Salud Integrado de Kentucky (KI-HIPP): https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Teléfono: 1-855-459-6328 Correo electrónico: KIHIPP.PROGRAM@ky.gov Página web del KCHIP: https://kynect.ky.gov Teléfono: 1-877-524-4718 Página web de Medicaid de Kentucky: https://chfs.ky.gov/agencies/dms	Página web: www.medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)
MAINE - Medicaid	MASSACHUSETTS - Medicaid y CHIP
Página web de Inscripción: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Relay de Maine 711 Página web de la Prima del Seguro de Salud Privado: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-977-6740 TTY: Relay de Maine 711	Página web: https://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840 TTY: 711 Correo electrónico: masspremassistance@accenture.com
MINNESOTA - Medicaid	MISSOURI - Medicaid
Página web: https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/ Teléfono: 1-800-657-3672	Página web: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005
MONTANA - Medicaid	NEBRASKA - Medicaid

Página web: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084 Correo electrónico: HSHIPPProgram@mt.gov	Página web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178
NEVADA - Medicaid	NUEVA HAMPSHIRE - Medicaid
Página web de Medicaid: http://dhcnp.nv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900	Página web: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Teléfono: 603-271-5218 Número de teléfono gratuito del programa HIPP 1-800-852-3345, extensión 15218 Correo electrónico: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov
NUEVA JERSEY - Medicaid y CHIP	NUEVA YORK - Medicaid
Página web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clientes/medicaid/ Teléfono: 1-800-356-1561 CHIP Asistencia para las Primas Teléfono: 609-631-2392 Página web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono CHIP: 1-800-701-0710 (TTY: 711)	Página web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831
CAROLINA DEL NORTE - Medicaid	DAKOTA DEL NORTE - Medicaid
Página web: https://medicaid.ncdhhs.gov/ Teléfono: 919-855-4100	Página web: https://www.hhs.nd.gov/healthcare Teléfono: 1-844-854-4825
OKLAHOMA - Medicaid y CHIP	OREGON - Medicaid y CHIP
Página web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742	Página web: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-800-699-9075
PENNSYLVANIA - Medicaid y CHIP	RHODE ISLAND - Medicaid y CHIP
Página web: https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html Teléfono: 1-800-692-7462 Página web de CHIP: Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) (pa.gov) Teléfono CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)	Página web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 1-855-697-4347, o 401-462-0311 (Línea directa Rlte Share)
CAROLINA DEL SUR - Medicaid	DAKOTA DEL SUR - Medicaid
Página web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820	Página web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059

TEXAS - Medicaid

UTAH - Medicaid y CHIP

Página web: Programa de Pago de Primas del Seguro Médico (HIPP) Salud y Servicios Humanos de Texas Teléfono: 1-800-440-0493	Página web de la Asociación de Primas del Seguro Médico de Utah (UPP): https://medicaid.utah.gov/upp/ Correo electrónico: upp@utah.gov Teléfono: 1-888-222-2542 Página web de Expansión para Adultos: https://medicaid.utah.gov/expansion/ Página web del Programa de Adquisición de Medicaid de Utah: https://medicaid.utah.gov/buyout-program/ Página web de CHIP: https://chip.utah.gov/
VERMONT- Medicaid	VIRGINIA - Medicaid y CHIP
Página web: Programa de Pago de Primas del Seguro Médico (HIPP) Departamento de Acceso a la Salud de Vermont Teléfono: 1-800-250-8427	Página web: https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs Teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924
WASHINGTON - Medicaid	VIRGINIA - Medicaid y CHIP
Página web: https://www.hca.wa.gov/ Teléfono: 1-800-562-3022	Página web: https://dhhr.wv.gov/bms/http://mywvhipp.com Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 Teléfono gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)
WISCONSIN - Medicaid y CHIP	WYOMING - Medicaid
Página web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002	Página web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Teléfono: 1-800-251-1269

Para ver si algún otro estado ha añadido un programa de asistencia para las primas desde el 31 de julio de 2025, o para obtener más información sobre los derechos especiales de inscripción, póngase en contacto con cualquiera de estas opciones:

Departamento de Trabajo de los Estados Unidos Unidos

Administración de Seguridad de los Beneficios de los Empleados

www.dol.gov/agencies/ebsa

1-866-444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

www.cms.hhs.gov

1-877-267-2323, Opción de Menú 4, Extensión 61565

Declaración de la Ley de Reducción del Papeleo

Según la Ley de Reducción del Papeleo de 1995 (Pub. L. 104-13) (PRA), ninguna persona está obligada a responder a una recaudación de información a menos que dicha solicitud muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El Departamento señala que una agencia Federal no puede llevar a cabo o patrocinar una recopilación de información a menos que sea aprobada por la OMB en virtud de la PRA, y muestre un número de control de la OMB actualmente válido, y el público no está obligado a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control de la OMB actualmente válido. Véase 44 U.S.C. 3507. Asimismo, sin perjuicio de otras disposiciones legales, ninguna persona podrá ser sancionada por no cumplir con una recaudación de información si ésta no muestra un número de control OMB actualmente válido. Véase 44 U.S.C. 3512.

Se calcula que la carga de trabajo del público para esta recopilación de información es de aproximadamente siete minutos por encuestado. Se anima a las partes interesadas a que envíen sus comentarios sobre la estimación de la carga o cualquier otro aspecto de esta recaudación de información, incluyendo sugerencias para reducir esta carga, a: U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, Office of Policy and Research, Attention: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210 o envíe un correo electrónico a ebsa.opr@dol.gov y haga referencia al número de control OMB 1210-0137.

Número de Control OMB 1210-0137 (expira el 31/1/2026)

Recordatorio sobre el Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO USTED PUEDE OBTENER UNA COPIA DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DEL PLAN, QUE DESCRIBE LAS FORMAS EN QUE EL PLAN UTILIZA Y DIVULGA SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

El Plan de Salud de Aldine ISD (el "Plan") proporciona beneficios de salud a todos los empleados elegibles de Aldine ISD (la "Compañía") y sus dependientes elegibles como se describe en las especificaciones resumidas del Plan. El Plan crea, recibe, utiliza, conserva y divulga información de salud sobre los empleados participantes y sus dependientes en el transcurso de la prestación de estos beneficios de salud. El Plan está obligado por ley a notificar a los participantes las obligaciones y prácticas de privacidad del Plan con respecto a la información de salud protegida de los individuos cubiertos y lo ha hecho proporcionando a los participantes del Plan un Aviso de Prácticas de Privacidad, que describe las formas en que el Plan utiliza y divulga la información de salud protegida. Para recibir una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad del Plan, debe ponerse en contacto con **Mindy Smith, Directora Ejecutiva, HR Total Rewards**, que ha sido designada como persona de contacto del Plan para todas las cuestiones relacionadas con las prácticas de privacidad del Plan y los derechos de privacidad de las personas cubiertas. Puede ponerse en contacto con esta persona en el **281.985.7831**.

Derechos de Inscripción Especial HIPAA

Si rechaza la inscripción para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a la cobertura de otro seguro médico o plan de salud de grupo, usted puede inscribirse a sí mismo y a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para aquella otra cobertura (o si la empresa deja de contribuir a su otra cobertura o la de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción en un plazo de 30 días después de la finalización de su otra cobertura o la de sus dependientes (o después de que la empresa deje de contribuir a la otra cobertura).

Además, si usted tiene un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción, puede inscribirse a sí mismo y a sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción en el plazo de 30 días o en cualquier otro plazo más largo que se aplique en el plan después del matrimonio, el nacimiento, la adopción o la colocación en adopción.

También pueden existir derechos especiales de inscripción en las siguientes circunstancias:

- Si usted o sus dependientes pierden el derecho a Medicaid o a la cobertura de un Programa Estatal de Seguro Médico Para Niños (CHIP), y solicita la inscripción en los 60 días siguientes a la finalización de dicha cobertura; o bien
- Si usted o sus dependientes reúnen los requisitos para recibir un subsidio estatal de asistencia para el pago de primas a través de Medicaid o un CHIP estatal con respecto a la cobertura de este plan y usted solicita la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la determinación de la elegibilidad para dicha asistencia.

Nota: El plazo de 60 días para solicitar la inscripción sólo se aplica en estas dos últimas circunstancias enumeradas relativas a Medicaid y CHIP estatal. Como se ha descrito anteriormente, se aplica un plazo de 30 días a la mayoría de las inscripciones especiales.

Como se ha indicado anteriormente en este aviso, es posible que en el futuro haya una oportunidad de inscripción especial si usted o sus dependientes pierden otra cobertura.

Sin embargo, esta oportunidad de inscripción especial no estará disponible cuando finalice otra cobertura, a menos que presente ahora una declaración por escrito en la que explique el motivo por el cual rechaza la cobertura para usted o para sus dependientes. Si no llena y devuelve correctamente este formulario para cada una de las personas para las que rechaza la cobertura, puede eliminar esta oportunidad de inscripción especial para las personas para las que no se llene una declaración, incluso si actualmente está en vigor otra cobertura y se pierde posteriormente. Además, a menos que indique en la declaración que rechaza la cobertura porque está en vigor otra cobertura, no podrá disponer de esta oportunidad de inscripción especial para las personas cubiertas por la declaración.

No obstante, véanse los párrafos anteriores relativos a la inscripción en caso de matrimonio, nacimiento, adopción, colocación en adopción, pérdida del derecho a Medicaid o a un CHIP estatal y obtención del derecho a un subsidio estatal de asistencia para primas a través de Medicaid o de un CHIP estatal.

Para solicitar una afiliación especial u obtener más información, póngase en contacto con el administrador de su Plan.

Aviso de Indemnización Fija

IMPORTANTE: Se trata de una póliza de indemnización fija, NO de un seguro de salud.

Esta póliza de indemnización fija puede pagarle una cantidad limitada en caso de enfermedad u hospitalización. Usted sigue siendo responsable de pagar el costo de su atención.

- El pago que recibe no se basa en el monto de su factura médica.
- Es posible que esta póliza tenga un límite de pago anual.
- Esta póliza no sustituye a un seguro de salud completo.
- Como esta póliza no es un seguro de salud, no tiene que incluir la mayoría de las protecciones federales al consumidor que se aplican a los seguros médicos.

¿Busca un seguro médico completo?

• Visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) o llame al 1-800-318-2596 (TTY: 1-855-889-4325) para encontrar opciones de cobertura de salud. Para saber si puede obtener un seguro médico a través de su trabajo, o del trabajo de un familiar, póngase en contacto con el empleador.

¿Preguntas sobre esta política?

• Si tiene preguntas o quejas acerca de esta póliza, póngase en contacto con el Departamento de Seguros de su Estado. Encuentre su número en el sitio web de la Asociación Nacional de Comisarios de Seguros (naic.org), en la sección "Insurance Departments". Si usted tiene esta póliza a través de su trabajo o el de un familiar, póngase en contacto con el empleador.

Aviso de Cobertura Admisible

Aviso Importante de Aldine ISD Sobre Su Cobertura de Medicamentos Recetados y Medicare

Lea atentamente este aviso y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información acerca de su actual cobertura de medicamentos con prescripción con Aldine ISD y sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos con prescripción de Medicare. Esta información puede ayudarle a decidir si desea o no inscribirse en un plan de Medicamentos de Medicare. Si está pensando en afiliarse, debe comparar su cobertura actual, incluyendo qué medicamentos están cubiertos y a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos de prescripción de Medicare en su zona. Al final de esta notificación encontrará información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos.

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

1. La cobertura de medicamentos con prescripción de Medicare pasó a estar disponible en 2006 para todas las personas con Medicare. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan de Medicamentos con Prescripción de Medicare o se inscribe en un Plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) que ofrece cobertura de medicamentos con prescripción. Todos los planes de medicamentos de Medicare proporcionan al menos un nivel de cobertura estándar establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura a cambio de una prima mensual más alta.
2. Aldine ISD ha determinado que la cobertura de medicamentos recetados ofrecida por los Planes del Emisor, en promedio para todos los participantes del plan, se espera que pague tanto como paga la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y, por lo tanto, se considera Cobertura Acreditable. Debido a que su cobertura actual es una Cobertura Acreditable, puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (multa) si más tarde decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

¿Cuándo Puede Inscribirse en un Plan de Medicamentos de Medicare?

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

Sin embargo, si pierde su actual cobertura acreditable de medicamentos, sin que sea culpa suya, también podrá acogerse a un Periodo de Inscripción Especial (SEP) de dos (2) meses para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

¿Qué Sucede con su Cobertura Actual si Decide Inscribirse en un Plan de Medicamentos de Medicare?

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura actual de Aldine ISD no se verá afectada. Su plan de Aldine ISD se coordinará con la cobertura de Medicare Parte D.

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y abandona su actual cobertura de Aldine ISD, tenga en cuenta que usted y sus dependientes podrán recuperar esta cobertura.

¿Cuándo Tendrá que Pagar una Prima más Alta (Multa) Para Inscribirse en un Plan de Medicamentos de Medicare?

También debe saber que si abandona o pierde su cobertura actual con Aldine ISD, y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días continuos siguientes a la finalización de su cobertura actual, puede pagar una prima más alta (una multa) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si pasa 63 días seguidos o más sin una cobertura acreditable de medicamentos con prescripción, su prima mensual puede aumentar al menos un 1% de la prima básica de beneficiario de Medicare al mes por cada mes que no haya tenido esa cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima puede ser sistemáticamente al menos un 19% más alta que la prima básica de beneficiario de Medicare. Es posible que tenga que pagar esta prima más alta (una multa) mientras tenga la cobertura de medicamentos con prescripción de Medicare. Además, es posible que tenga que esperar hasta el siguiente mes de octubre para incorporarse.

Para Obtener Más Información Sobre Este Aviso o Sobre su Actual Cobertura De Medicamentos Con Prescripción...

Para más información, póngase en contacto con la persona de su zona indicada a continuación. **NOTA:** Recibirá este aviso cada año. También lo recibirá antes del próximo período en el cual pueda inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, y si esta cobertura a través de Aldine ISD cambia. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para Obtener Más Información Sobre Sus Opciones en la Cobertura de Medicamentos Con Prescripción de Medicare...

Encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos con prescripción en el manual "Medicare y Usted". Recibirá un ejemplar del manual por correo cada año enviado por Medicare. También es posible que Medicare drug plans (medicamentos con prescripción de Medicare) se pongan en contacto con usted directamente.

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

- Visite www.medicare.gov
- Llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte el número de teléfono en la contraportada del manual "Medicare y usted") para obtener ayuda personalizada
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si sus ingresos y recursos son limitados, puede obtener ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos con prescripción de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite la página web de la Seguridad Social en www.socialsecurity.gov, o llame al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Recuerde: Conserve este aviso de Cobertura Acreditable. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que se le pida una copia de esta notificación cuando se inscriba para demostrar si ha mantenido o no la cobertura acreditable y, por lo tanto, si está obligado a pagar una prima más alta (una multa).

Fecha: **Beneficios Año del Plan desde el 1 de enero de 2026 hasta el 31 de diciembre de 2026**

Nombre de la Entidad/Emisor: **Distrito Escolar Independiente de Aldine**

Contacto-Posición/Oficina: **Mindy Smith, Directora Ejecutiva, HR Total Rewards**

Dirección: **2520 WW Thorne Drive, Houston, TX 77073**

Teléfono: **281.985.7831**

Aviso General COBRA

Modelo de Notificación General de los Derechos de Continuación de la Cobertura COBRA

(Para uso de los planes de salud colectivos de un solo empleador)

**** Derechos de Continuación de la Cobertura en Virtud de COBRA****

Introducción

Usted ha recibido este aviso porque recientemente ha obtenido la cobertura de un plan de salud de grupo (el Plan). Este aviso contiene información importante acerca de su derecho a la continuación de la cobertura COBRA, que es una extensión temporal de la cobertura del Plan. Este aviso explica la continuación de la cobertura COBRA, cuándo puede estar disponible para usted y su familia, y qué necesita hacer para proteger su derecho a recibirla. Cuando se vuelva elegible para acogerse a COBRA, también podrá ser elegible para otras opciones de cobertura que pueden costar menos que la continuación de la cobertura de COBRA.

El derecho a la continuación de la cobertura COBRA fue creado por una ley federal, la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA). La continuación de la cobertura COBRA puede estar a su disposición y a la de otros miembros de su familia cuando la cobertura de salud colectiva de otro modo terminaría. Para obtener más información sobre sus derechos y obligaciones en virtud del Plan y de la legislación federal, debe consultar el Resumen de la Descripción del Plan o ponerse en contacto con el Administrador del Plan.

Usted puede tener otras opciones a su disposición cuando pierda la cobertura de salud colectiva. Por ejemplo, puede ser elegible para comprar un plan individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Si se inscribe en la cobertura a través del Mercado, puede optar a costos más bajos en sus primas mensuales y menores gastos de-su-bolsillo. Además, puede tener derecho a un periodo de inscripción especial de 30 días para otro plan de salud de grupo para el cual sea elegible (como el plan de su cónyuge), incluso si ese plan generalmente no acepta inscripciones tardías.

¿Qué es la continuación de la cobertura COBRA?

La continuación de la cobertura COBRA es la continuación de la cobertura del Plan cuando, de otro modo, ésta finalizaría debido a un evento de vida. Esto también se llama "Evento Calificador". Más adelante se enumeran los eventos calificadores específicos. Después de un evento calificador, debe ofrecerse la continuación de la cobertura COBRA a cada persona que sea un "beneficiario cualificado". Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios cualificados si la cobertura del Plan se pierde a causa del evento calificador. Según el Plan, los beneficiarios cualificados que eligen la continuación de la cobertura COBRA deben pagar por la continuación de la cobertura COBRA.

Si usted es un empleado, se convertirá en un beneficiario cualificado si pierde la cobertura del Plan debido a los siguientes eventos calificadores:

Se reducen sus horas de trabajo, o

Su empleo finaliza por cualquier motivo que no sea una falta grave.

Si es el cónyuge de un empleado, se convertirá en beneficiario cualificado si pierde la cobertura del Plan debido a los siguientes eventos calificadoros:

- Su cónyuge muere;
- Se reducen las horas de trabajo de su cónyuge;
- El empleo de su cónyuge finaliza por cualquier motivo que no sea su falta grave;
- Su cónyuge adquiere el derecho a los beneficios de Medicare (de la Parte A, de la Parte B o de ambas); o
- Se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge.

Sus hijos dependientes se convertirán en beneficiarios cualificados si pierden la cobertura del Plan debido a los siguientes eventos calificadoros:

- El padre-empleado muere;
- Las horas de trabajo del padre-empleado se reducen;
- El empleo del padre-empleado finaliza por cualquier motivo que no sea su falta grave;
- El padre-empleado pasa a tener derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas);
- Los padres se divorcian o se separan legalmente; o
- El hijo deja de tener derecho a la cobertura del Plan como "hijo dependiente".

¿Cuándo estará disponible la Continuación de la Cobertura COBRA?

El Plan ofrecerá la continuación de la cobertura de COBRA a los beneficiarios cualificados sólo después de que el Administrador del Plan haya sido notificado de que se ha producido un evento calificador. El empleador debe notificar al Administrador del Plan los siguientes eventos calificadoros:

- El fin del empleo o la reducción de las horas de trabajo;
- Fallecimiento del empleado;
- El empleado pasa a tener derecho a los beneficios de Medicare (en la Parte A, en la Parte B o en ambas).

Para todos los demás eventos calificadoros (divorcio o separación legal del empleado y su cónyuge o la pérdida de elegibilidad de un hijo dependiente para la cobertura como hijo dependiente), debe notificar al administrador del plan dentro de los 60 días siguientes a que se produzca el evento calificador. Debe entregar esta notificación al administrador de su Plan.

¿Cómo se proporciona la Continuidad de la Cobertura COBRA?

Una vez que el administrador del plan reciba la notificación de que se ha producido un evento calificador, se ofrecerá la continuación de la cobertura COBRA a cada uno de los beneficiarios calificados. Cada beneficiario calificado tendrá un derecho independiente a elegir la continuación de la cobertura de COBRA. Los empleados cubiertos pueden elegir la continuación de la cobertura COBRA en nombre de sus cónyuges, y los padres pueden elegir la continuación de la cobertura COBRA en nombre de sus hijos.

La continuación de la cobertura COBRA es una continuación temporal de la cobertura que generalmente dura 18 meses debido a la terminación del empleo o a la reducción de las horas de trabajo. Determinados eventos calificadores, o un segundo evento calificador durante el periodo inicial de cobertura, pueden permitir que un beneficiario reciba un máximo de 36 meses de cobertura.

También hay formas de ampliar este periodo de 18 meses de continuación de la cobertura de COBRA:

Prórroga por Discapacidad del Período de 18 meses de la continuación de cobertura COBRA

Si la Seguridad Social determina que usted o cualquier miembro de su familia cubierto por el Plan está discapacitado y lo notifica al Administrador del Plan a tiempo, usted y toda su familia pueden tener derecho a obtener hasta 11 meses adicionales de continuación de la cobertura COBRA, hasta un máximo de 29 meses. La discapacidad tendría que haber comenzado en algún momento antes del 60º día de la continuación de la cobertura COBRA y debe durar al menos hasta el final del periodo de 18 meses de la continuación de la cobertura COBRA.

Segundo Evento Calificador Extensión del Período de 18 meses de Continuación de Cobertura

Si su familia experimenta otro evento calificador durante los 18 meses de continuación de la cobertura COBRA, el cónyuge y los hijos dependientes de su familia pueden obtener hasta 18 meses adicionales de continuación de la cobertura COBRA, hasta un máximo de 36 meses, si el Plan es notificado correctamente sobre el segundo evento calificador. Esta prórroga puede estar disponible para el cónyuge y cualquier hijo a cargo que obtenga la continuación de la cobertura COBRA si el empleado o antiguo empleado fallece; adquiere derecho a los beneficios de Medicare (en virtud de la Parte A, la Parte B o ambas); se divorcia o se separa legalmente; o si el hijo a cargo deja de ser elegible en virtud del Plan como hijo a cargo. Esta prórroga sólo está disponible si el segundo evento calificador habría hecho que el cónyuge o el hijo dependiente perdiera la cobertura del Plan si no se hubiera producido el primer evento calificador.

¿Existen otras opciones de cobertura además de la Continuación de Cobertura COBRA?

Sí. En lugar de inscribirse en la continuación de cobertura COBRA, puede haber otras opciones de cobertura para usted y su familia a través del Mercado de Seguros Médicos, Medicare, Medicaid, el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) u otras opciones de cobertura de planes de salud colectivos (como el plan de un cónyuge) a través de lo que se llama un "período de inscripción especial". Algunas de estas opciones pueden costar menos que la continuación de la cobertura COBRA. Puede obtener más información sobre muchas de estas opciones en www.healthcare.gov.

¿Puedo inscribirme en Medicare en vez de en la continuación de la cobertura COBRA cuando termine mi cobertura del plan de salud colectivo?

En general, si no se inscribe en la Parte A o B de Medicare cuando es elegible por primera vez porque todavía está empleado, después del período de inscripción inicial de Medicare, tiene un período de inscripción especial de 8 meses para inscribirse en la Parte A o B de Medicare, que comienza el día anterior de

- El mes siguiente a la finalización de su empleo; o
- El mes siguiente a la finalización de la cobertura del plan de salud colectivo basado en el empleo actual.

Si no se inscribe en Medicare y elige la continuación de la cobertura COBRA en su lugar, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte B y puede tener un vacío en la cobertura si decide que quiere la Parte B más adelante. Si elige la continuación de la cobertura COBRA y posteriormente se inscribe en la Parte A o B de Medicare antes de que termine la continuación de la cobertura COBRA, el Plan puede terminar su continuación de la cobertura. Sin embargo, si la Parte A o B de Medicare entra en vigor en la fecha de la elección de COBRA o antes, la cobertura COBRA no puede interrumpirse por tener derecho a Medicare, aunque se inscriba en la otra parte de Medicare después de la fecha de la elección de la cobertura COBRA.

Si está inscrito tanto en la continuación de la cobertura COBRA como en Medicare, generalmente Medicare pagará primero (pagador principal) y la continuación de la cobertura COBRA pagará en segundo lugar. Ciertos planes pueden pagar como si fueran secundarios a Medicare, incluso si usted no está inscrito en Medicare. Para más información visite <https://www.medicare.gov/medicare-and-you>.

Si tiene preguntas

Las preguntas relativas a su Plan o a sus derechos de continuación de la cobertura COBRA deben dirigirse al contacto o contactos indicados a continuación. Para obtener más información acerca de sus derechos en virtud de la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación para Empleados (ERISA), incluida COBRA, la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible y otras leyes que afectan a los planes de salud colectivos, póngase en contacto con la Oficina Regional o de Distrito de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (EBSA) del Departamento de Trabajo de EE.UU. más cercana a su zona o visite www.dol.gov/ebsa. (Las direcciones y números de teléfono de las Oficinas Regionales y de Distrito de la EBSA están disponibles en la página web de la EBSA). Para más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov.

Mantenga Su Plan Informado de los Cambios de Dirección

Para proteger los derechos de su familia, comuníquese al Administrador del Plan cualquier cambio de domicilio de sus familiares. También debe conservar una copia, para sus archivos, de cualquier notificación que envíe al Administrador del Plan.

Información de Contacto del Plan

Mindy Smith, Directora Ejecutiva, HR Total Rewards, (281) 985-7831.

Aviso del Mercado

Nuevas Opciones de Cobertura del Mercado de Seguros Médicos y Su Cobertura de Salud

PARTE A: Información General

Aunque se le ofrezca cobertura de salud a través de su empleo, usted podría tener otras opciones de cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos ("Marketplace"). Para ayudarle a evaluar las opciones disponibles para usted y su familia, este aviso proporciona información básica sobre el Mercado de Seguros Médicos y la cobertura de salud ofrecida a través de su empleo.

¿Qué es el Mercado de Seguros Médicos?

El Mercado está diseñado para ayudarle a encontrar un seguro médico que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El Mercado ofrece una "ventanilla única" para encontrar y comparar opciones de seguros de salud privados en su zona geográfica.

¿Puedo Ahorrar Dinero en las Primas de mi Seguro Médico en el Mercado?

Usted podría calificar para ahorrar dinero y reducir su prima mensual y otros costos de bolsillo, pero solo si su empleador no ofrece cobertura o si la cobertura que ofrece no se considera asequible para usted y no cumple con ciertos estándares mínimos de valor (que se explican más adelante). Los ahorros para los que usted sea elegible dependen de los ingresos de su hogar. También podría ser elegible para un crédito fiscal que reduzca sus costos.

¿Afecta la Cobertura de Salud del Empleador la Posibilidad de Ahorrar en las Primas a través del Mercado?

Sí. Si su empleador le ofrece cobertura de salud que se considera asequible para usted y cumple con ciertos estándares mínimos de valor, usted no será elegible para un crédito fiscal ni para el pago anticipado del crédito por su cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos ("Marketplace"), y podría convenirle inscribirse en el plan de salud ofrecido por su empleo. Sin embargo, usted podría ser elegible para un crédito fiscal y para pagos anticipados del crédito que reduzcan su prima mensual, o para una reducción en ciertos costos compartidos, si su empleador no le ofrece cobertura en absoluto o si la cobertura ofrecida no se considera asequible para usted o no cumple con los estándares mínimos de valor. Si su parte del costo de la prima de un plan de su empleador que lo cubra solo a usted (y no a los demás miembros de su familia) supera el 9.12% de los ingresos anuales de su hogar para el año, o si la cobertura ofrecida por su empleador no cumple con el estándar de "valor mínimo" establecido por la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act), usted podría ser elegible para un crédito fiscal, 2, y para pagos anticipados del crédito, siempre que no se inscriba en la cobertura de salud basada en su empleo. Para los familiares del empleado, la cobertura se considera asequible si el costo de las primas que el empleado debe pagar por el plan de menor costo que cubra a todos los miembros de la familia no supera el 9.12% de los ingresos del hogar del empleado. 1

Nota: Si compra un plan de salud a través del Marketplace en lugar de aceptar la cobertura de salud ofrecida por su empleador, podría perder el acceso a cualquier contribución que su empleador haga (si la hubiera) a la cobertura ofrecida por el empleo. Además, tanto esa contribución del empleador como su propia contribución a la cobertura ofrecida por el empleo generalmente están exentas del impuesto federal y estatal sobre la renta. En cambio, los pagos por la cobertura adquirida a

través del Marketplace se realizan después de impuestos. Asimismo, tenga en cuenta que si la cobertura de salud ofrecida por su empleo no cumple con los estándares de asequibilidad o de valor mínimo, pero usted decide aceptarla de todos modos, no será elegible para un crédito fiscal. Debe considerar todos estos factores al decidir si le conviene comprar un plan de salud a través del Marketplace.

¿Cuándo puedo inscribirme en la cobertura de seguro de salud a través del Mercado de Seguros Médicos?

Puede inscribirse en un plan de seguro de salud del Mercado durante el Período Anual de Inscripción Abierta. Las fechas de inscripción varían según el estado, pero generalmente comienzan el 1 de noviembre y continúan al menos hasta el 15 de diciembre.

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

También existe un Período Especial de Inscripción en el Mercado para las personas y sus familias que pierdan la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024. Desde el inicio de la emergencia de salud pública nacional por COVID-19, las agencias estatales de Medicaid y CHIP generalmente no cancelaron la cobertura de ningún beneficiario inscrito desde el 18 de marzo de 2020 hasta el 31 de marzo de 2023. A medida que las agencias estatales de Medicaid y CHIP retoman sus procesos regulares de elegibilidad e inscripción, muchas personas podrían dejar de ser elegibles para la cobertura de Medicaid o CHIP a partir del 31 de marzo de 2023. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS) ofrece un Período Especial de Inscripción temporal en el Mercado para permitir que estas personas se inscriban en la cobertura del Mercado.

Las personas elegibles para el Mercado que vivan en estados atendidos por HealthCare.gov y que presenten una nueva solicitud o actualicen una solicitud existente en HealthCare.gov entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024, y que declaren una fecha de finalización de su cobertura de Medicaid o CHIP dentro de ese mismo período, serán elegibles para un Período Especial de Inscripción de 60 días. Esto significa que, si pierde su cobertura de Medicaid o CHIP entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024, podría inscribirse en la cobertura del Mercado dentro de los 60 días posteriores a la pérdida de dicha cobertura. Además, si usted o los miembros de su familia están inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP, es importante asegurarse de que su información de contacto esté actualizada para recibir cualquier notificación sobre cambios en su elegibilidad. Para obtener más información, visite HealthCare.gov o llame al Centro de Llamadas del Marketplace al 1-800-318-2596. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-889-4325.

¿Qué hay sobre las alternativas a la cobertura de seguro de salud del Mercado?

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

De manera alternativa, puede inscribirse en Medicaid o CHIP en cualquier momento llenando una solicitud a través del Marketplace o directamente a través de la agencia estatal de Medicaid. Visite <https://www.healthcare.gov/medicaid-chip/getting-medicaid-chip/> para obtener más detalles.

¿Cómo Puedo Obtener Más Información?

Si desea más información acerca de la cobertura que le ofrece su empresa, consulte la descripción resumida de su plan o póngase en contacto con www.aldinebenefits.org.

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

PARTE B: información sobre la Cobertura de Salud Ofrecida por Su Empleador

Esta sección contiene información acerca de cualquier cobertura de salud que le ofrezca su empleador. Si usted decide llenar una solicitud de cobertura en el Mercado, se le pedirá que facilite esta información. Esta información está numerada para que corresponda a la solicitud del Mercado.

3. Employer name Aldine Independent School District		4. Employer Identification Number (EIN) 74-60011110	
5. Employer address 2520 WW Thorne Drive		6. Employer phone number (281) 985-7831	
7. City Houston	8. State TX	9. ZIP code 77073	
10. Who can we contact about employee health coverage at this job? Mindy Smith, Executive Director, HR Total Rewards			
11. Phone number (if different from above)		12. Email address mmsmith2@aldineisd.org	

A continuación encontrará información básica acerca de la cobertura de salud que ofrece este empleador:

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

Algunos empleados. Los empleados elegibles son: Usted puede participar en un plan de beneficios de Aldine ISD si es un empleado regular, ya sea activo o en licencia pagada aprobada por el distrito, y un miembro activo y contribuyente del Sistema de Jubilación de Maestros (TRS), o lo será dentro de 90 días, también puede participar si está jubilado de TRS y ha sido recontratado por el distrito en una posición que lo hace elegible para beneficios. De acuerdo con las directrices de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA), usted también es elegible para beneficios si trabaja para Aldine ISD 30 horas o más por semana.

- Con respecto a los dependientes:

Ofrecemos cobertura. Los dependientes elegibles son: -Cónyuge legal -Su(s) hijo(s) menor(es) de 26 años, incluidos hijastros, hijos adoptivos e hijos de los que usted sea tutor legal o que sean objeto de una orden de manutención médica; -Ciertos hijos mayores de 26 años, que el Departamento de Beneficios de RRHH determine que están incapacitados médicamente y no pueden proporcionar su propia manutención; -Su(s) hijo(s) que califican para ser sus dependientes según los términos de una orden de manutención médica infantil cualificada (QMCSO).

Si está marcada, esta cobertura cumple la norma de valor mínimo, y el costo de esta cobertura para usted pretende ser asequible, en función de los salarios de los empleados.

** Aunque su empleador pretenda que su cobertura sea asequible, es posible que pueda optar a un descuento en la prima a través del Mercado. El Mercado utilizará sus ingresos familiares, junto con otros factores, para determinar si puede optar a un descuento en la prima. Si, por ejemplo, su salario varía de una semana a otra (quizá sea un empleado por horas o trabaje a comisión), si acaba de ser contratado a mitad de año o si tiene otras pérdidas de ingresos, aún puede optar a un descuento en la prima.

Si decide buscar cobertura en el Mercado, HealthCare.gov le guiará a lo largo del proceso. Estos son los datos de la empresa que deberá introducir cuando visite HealthCare.gov para averiguar si puede obtener una desgravación fiscal para reducir sus primas mensuales.

¹ Un plan de salud patrocinado por la empresa cumple la "norma de valor mínimo" si la parte de los costos totales de los beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costos.

Acerca de WTW

WTW (NASDAQ: WTW) es una empresa líder mundial en asesoramiento, intermediación y soluciones que ayuda a clientes de todo el mundo a convertir el riesgo en una vía de crecimiento. Con raíces que se remontan a 1828, WTW cuenta con más de 40.000 empleados que prestan servicio en más de 140 países. Diseñamos y ofrecemos soluciones que manejan el riesgo, optimizan los beneficios, cultivan el talento y amplían el poder del capital para proteger y fortalecer a instituciones y particulares. Nuestra perspectiva exclusiva nos permite ver las intersecciones críticas entre talento, activos e ideas, la fórmula dinámica que impulsa el rendimiento empresarial. Juntos, liberamos el potencial. Más información en wtwco.com.