

Inscripción Anual 2025  
Avisos y Divulgaciones  
del Plan de Salud

Distrito Escolar  
Independiente de Aldine

1 de enero de 2025

# TABLA DE CONTENIDOS

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 las personas a su cargo) 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](http://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](http://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 las personas a su cargo 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](http://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 2024. Póngase en contacto con su Estado para obtener más información sobre la elegibilidad.**

<b>ALABAMA - Medicaid</b>	<b>ALASKA - Medicaid</b>
Página web: <a href="http://myalhipp.com/">http://myalhipp.com/</a> Teléfono: 1-855-692-5447	Programa de Pago de Primas del Seguro de Salud de AK Página web: <a href="http://myakhipp.com/">http://myakhipp.com/</a> Teléfono: 1-866-251-4861 Correo electrónico: <a href="mailto:CustomerService@MyAKHIPP.com">CustomerService@MyAKHIPP.com</a> Elegibilidad para Medicaid: <a href="https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx">https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx</a>
<b>ARKANSAS - Medicaid</b>	<b>CALIFORNIA - Medicaid</b>
Página web: <a href="http://myarhipp.com/">http://myarhipp.com/</a> Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Página web del Programa de Pago de Primas del Seguro de Salud (HIPP): <a href="http://dhcs.ca.gov/hipp">http://dhcs.ca.gov/hipp</a> Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Correo electrónico: <a href="mailto:hipp@dhcs.ca.gov">hipp@dhcs.ca.gov</a>
<b>COLORADO - Health First Colorado (Programa de Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)</b>	<b>FLORIDA - Medicaid</b>
Página web de Health First Colorado: <a href="https://www.healthfirstcolorado.com/">https://www.healthfirstcolorado.com/</a> Centro de Contacto para Afiliados a Health First Colorado: 1-800-221-3943/ Relay Estatal 711 CHP+: <a href="https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus">https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus</a> Servicio de Atención al Cliente de CHP+: 1-800-359-1991/Relay Estatal 711 Health Insurance Buy-In Program (HIBI): <a href="https://www.mycohibi.com/">https://www.mycohibi.com/</a> Servicio de Atención al Cliente de HIBI: 1-855-692-6442	Página web: <a href="https://www.flmedicaidprecovery.com/flmedicaidprecovery.com/hipp/index.html">https://www.flmedicaidprecovery.com/flmedicaidprecovery.com/hipp/index.html</a> Teléfono: 1-877-357-3268

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

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

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

Para ver si algún otro estado ha añadido un programa de asistencia para las primas desde el 31 de julio de 2024, 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

Administración de Seguridad de los Beneficios de los Empleados

[www.dol.gov/agencies/ebsa](http://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](http://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](mailto: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 las personas a su cargo 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 las personas a su cargo 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 las personas a su cargo 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 las personas a su cargo 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 las personas a su cargo. 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](https://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](http://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](http://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 2025 hasta el 31 de diciembre de 2025**

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 está 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 cualificado 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](http://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](http://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](http://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**

Cuando en 2014 entren en vigencia partes fundamentales de la ley de asistencia de salud, habrá una nueva forma de adquirir un seguro médico: el Mercado de Seguros Médicos. Para ayudarle a evaluar las opciones para usted y su familia, este aviso proporciona información básica acerca del nuevo Mercado y la cobertura de salud ofrecida por su empleador.

### **¿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. También puede optar por un nuevo tipo de desgravación fiscal que reduce su prima mensual de inmediato. La inscripción abierta para la cobertura de seguro de salud a través del Mercado comienza en octubre de 2013 para la cobertura a partir del 1 de enero de 2014.

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

Usted puede calificar para ahorrar dinero y reducir su prima mensual, pero sólo si su empleador no ofrece cobertura u ofrece una cobertura que no cumple determinadas normas. El ahorro en la prima al que puede optar depende de sus ingresos familiares.

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

Sí. Si tiene una oferta de cobertura de salud de su empleador que cumple determinadas normas, no podrá optar a una desgravación fiscal a través del Mercado y es posible que desee inscribirse en el plan de salud de su empleador. No obstante, puede optar a una desgravación fiscal que reduzca su prima mensual o a una reducción de determinados gastos compartidos si su empleador no le ofrece cobertura alguna o no le ofrece una cobertura que cumpla determinadas normas. Si el costo de un plan de su empleador que le cubra a usted (y no a ningún otro miembro de su familia) es superior al 9,5% de los ingresos de su hogar durante el año, o si la cobertura que le ofrece su empleador no cumple la norma de "valor mínimo" establecida por la Ley de Cuidado de Salud Asequible, puede optar a un crédito fiscal. 2

Nota: Si adquiere un plan de salud a través del Mercado en lugar de aceptar la cobertura de salud ofrecida por su empleador, es posible que pierda la contribución del empleador (si la hubiera) a la cobertura ofrecida por el empleador. Además, esta contribución del empleador, así como su contribución de empleado a la cobertura ofrecida por la empresa, suele excluirse de los ingresos a efectos del impuesto sobre la renta federal y estatal. Sus pagos por la cobertura a través del Mercado se realizan después de impuestos.

### **¿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](http://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.

---

<sup>1</sup> 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](https://www.wtwco.com).