

Formulario de Terminación de la Participación en la Cobertura de Salud FSA



Este formulario debe llenarse cuando un empleado pierda su elegibilidad para la cobertura de salud FSA o dicha cobertura sea terminada. Los participantes que pierdan la cobertura del componente de salud FSA como resultado de un evento que cumpla con los requisitos (tal como la terminación del empleo o la reducción en las horas de trabajo) pudieran tener el derecho de solicitar la continuación de su cobertura de salud FSA en la medida en que lo requieran las leyes federales. Los participantes no pueden ser obligados a reembolsar al empleador (incluso voluntariamente) cualquier monto que exceda del saldo de su propia cuenta de salud FSA. El plan no puede aceptar las contribuciones adicionales, ya que esto sería una violación de la regla de Cobertura Uniforme. **Este no es un formulario de continuación de la cobertura bajo COBRA.**

Sección 1: Información del Empleado (Esta información debe ser completada por el empleador)

Empleador _____

Dirección de Envío (en caso de que aplique) _____

Nombre del Empleado (Apellido, Nombre, Inicial 2do Nombre) _____

Fecha de Nacimiento _____ ID de Miembro de PSA _____

Fecha del Evento _____ Terminación Pérdida de Elegibilidad

Elección Anual FSA \$ _____ Deducciones Antes de Impuestos a la Fecha \$ _____ Saldo Restante \$ _____

Marque todas las opciones que apliquen:

La continuación de la cobertura de salud FSA no está disponible. Consulte la Sección 2 en el caso de aquellos clientes que no ofrezcan un Acuerdo para Completar el Pago de las Primas de la Cobertura de Salud FSA y/o que hayan tenido menos de 19 empleados de tiempo completo durante el año anterior.

La continuación de la cobertura de salud FSA está disponible mediante un Acuerdo para Completar el Pago las Primas. Consulte la Sección 3 en el caso de aquellos clientes que ofrezcan un Acuerdo para Completar el Pago de las Primas.

La continuación de la cobertura de salud FSA está disponible por medio de COBRA. Consulte la Sección 4 en el caso de aquellos clientes que hayan tenido 20 o más empleados de tiempo completo durante el año anterior; el empleador o el administrador de COBRA deben proporcionar un formulario de continuación de COBRA al empleado. Consulte la información adicional provista en la Sección 4.

Sección 2: La Cobertura de Salud FSA No Está Disponible

Mi elegibilidad para la cobertura de salud FSA terminará según se indica en la Sección III: Participación en el Plan del Resumen Descriptivo del Plan. Los servicios incurridos después de que termine mi periodo de elegibilidad no serán elegibles para su reembolso. He leído y comprendo los derechos de notificación descritos en este formulario.

Firma del Empleado _____ Fecha _____

Sección 3: Opciones para Completar el Pago de las Primas de la Cobertura de Salud FSA

(Esta información debe ser completada por el empleado)

En caso de que se den por terminadas las relaciones de trabajo con el empleado o de que el empleado pierda su elegibilidad por otros motivos, el empleador puede requerir que el empleado renuncie a sus derechos de COBRA con respecto a la cobertura de salud FSA como una condición para firmar un acuerdo voluntario para completar el pago de las primas de la cobertura de salud FSA durante el resto del año del plan actual.

El empleador debe comentar con el participante y darle la opción de realizar una deducción de salario en su cheque de pago final (antes de impuestos) o un pago por cuenta propia (después de impuestos) para cubrir cualquier contribución restante a su cuenta de salud FSA correspondiente al año del plan. Si el cheque de pago final no cubre las contribuciones restantes, el empleado puede firmar un acuerdo con el empleador para pagar voluntariamente los fondos restantes utilizando dinero neto de impuestos para pagar la cobertura hasta el final del año del plan actual.

Si el periodo de gracia aplica a la cobertura de salud FSA, dicho periodo de gracia también aplicaría a los participantes que reciban la cobertura de salud FSA al final del año del plan. Adicionalmente, si la disposición de continuidad aplica la cobertura de salud FSA, dicha disposición también aplicaría a los participantes que reciban la cobertura de salud FSA al final del año del plan, aunque la disposición de continuidad no aplicaría más allá del final del periodo de cobertura al cual fue traspasada

Seleccione **una** opción y proporcione a su empleador una copia firmada de este formulario. Conserve una copia para su expediente.

Elijo el Acuerdo para Completar el Pago de las Primas mediante una deducción de salario en mi cheque de pago final (antes de impuestos). Como condición para elegir un acuerdo voluntario para completar el pago de las primas de la cobertura de salud FSA durante el resto del año del plan actual, estoy de acuerdo en renunciar a mis derechos de COBRA con respecto a la cobertura de salud FSA. Fecha de la deducción final antes de impuestos _____. Monto de la deducción final antes de impuestos \$ _____.

Elijo el Acuerdo para Completar el Pago de las Primas mediante un pago por cuenta propia después de impuestos. Cualquier contribución mensual restante durante el año del plan será pagada a mi empleador y remitida a PacificSource Administrators. Como condición para elegir un acuerdo voluntario para completar el pago de las primas de la cobertura de salud FSA durante el resto del año del plan actual, estoy de acuerdo en renunciar a mis derechos de COBRA con respecto a la cobertura de salud FSA. Monto mensual después de impuestos \$ _____ fecha límite de pago _____.

No deseo firmar un Acuerdo para Completar el Pago de las Primas. Mi elegibilidad para la cobertura de salud FSA terminará según se indica en la Sección III: Participación en el Plan del Resumen Descriptivo del Plan.

Para presentar una reclamación de reembolso después de la fecha de terminación, usted deberá enviar un formulario de reembolso por correo o fax, o bien, deberá procesar la reclamación en el FSA/HRA Portal. Las tarjetas de débito ya no pueden utilizarse para acceder a los fondos de la cuenta de salud FSA del miembro. He leído y comprendo los derechos de notificación descritos en este formulario.

Firma del Empleado _____ Fecha _____

Nombre con letra de imprenta (Apellido, Nombre) _____

Sección 4: Continuación de la Cobertura de Salud FSA Mediante COBRA

La continuación de la cobertura de salud FSA mediante COBRA estará disponible si el empleador habitualmente tuvo a 20 o más empleados en un día laboral promedio durante 50% o más del año calendario anterior. El administrador de COBRA avisará al participante sobre su derecho de continuar con la cobertura y administrará la continuación de la cobertura según se indica en este documento en cumplimiento con los reglamentos y las leyes aplicables.

Los empleadores sujetos a COBRA deberán ofrecer una cobertura de salud FSA a través de COBRA a los beneficiarios calificados que pierdan su cobertura de salud FSA como resultado de algún evento que cumpla con los requisitos cuando la cuenta no haya sido utilizada en su totalidad (tomando en cuenta todas las reclamaciones y las deducciones pagaderas antes de la fecha del evento que cumpla con los requisitos). Los empleadores no están obligados a ofrecer dicha continuación bajo COBRA si la cuenta ha sido agotada, pero podrán optar por hacer esto de manera uniforme.

El tipo de obligación de continuar con la cobertura bajo COBRA dependerá de si la cuenta de salud FSA se considera como una cuenta de salud FSA calificada. Si la cuenta de salud FSA es una cuenta de salud FSA calificada, el empleador estará obligado a ofrecer la continuación de la cobertura bajo COBRA a todos los beneficiarios calificados, pero esto estará sujeto a ciertas limitaciones especiales. A esto se le conoce como una continuación especial y limitada de la cobertura bajo COBRA. Si se elige la continuación especial y limitada de la cobertura bajo COBRA para la cuenta de salud FSA, dicha continuación solamente estará disponible durante el año del plan en el cual ocurra el evento que cumpla con los requisitos; la cobertura de salud FSA terminará al final del año del plan y no existirá la opción de reinscribirse con una nueva elección para el siguiente año del plan. En caso de que el beneficiario calificado tenga un segundo evento que cumpla con los requisitos, no será posible ampliar el periodo de continuación de la cobertura bajo COBRA.

Si la cuenta de salud FSA no es una cuenta de salud FSA calificada, el empleador estará obligado a ofrecer la continuación de la cobertura bajo COBRA a todos los beneficiarios calificados durante el periodo máximo de COBRA, mismo que

incluye el resto del año del plan durante el cual ocurra el evento calificado hasta que expire el periodo máximo de COBRA. En los años siguientes del plan, los beneficiarios calificados podrán reinscribirse durante el periodo de inscripción abierta realizando una nueva elección. Adicionalmente, en caso de que el beneficiario calificado tenga un segundo evento que cumpla con los requisitos, será posible ampliar el periodo de continuación de la cobertura bajo COBRA.

Independientemente de si la cuenta de salud FSA se considera como una cuenta de salud FSA calificada o no, si el periodo de gracia aplica a la cobertura de salud FSA, dicho periodo de gracia también aplicaría a los participantes que reciban la cobertura de salud FSA al final del año del plan. Adicionalmente, si la disposición de continuidad aplica la cobertura de salud FSA, dicha disposición también aplicaría a los participantes que reciban la cobertura de salud FSA al final del año del plan, aunque la disposición de continuidad no aplicaría más allá del final del periodo de cobertura de 18 meses u otro periodo máximo aplicable bajo COBRA.

Por lo general, los participantes que elijan la continuación de la cobertura de salud FSA bajo COBRA pagarán dicha cobertura con dinero (después de impuestos) expidiendo un cheque a su empleador cada mes. Sin embargo, es posible llegar un acuerdo con el empleador para realizar los pagos con dinero antes de impuestos (generalmente cada mes), pero solamente hasta que termine el año del plan durante el cual ocurrió el evento calificado.