



AMERICAN LEGACY
STUCCO & STONE

GUÍA DE BENEFICIOS

Desde la atención médica hasta la jubilación: lo tenemos cubierto



Muchos de nuestros recursos están disponibles en inglés y español.

Utilice la versión que mejor le funcione.

Inglés



Español



Estaremos encantados de ayudarle en cualquier idioma.

Si necesita ayuda, envíenos un correo electrónico a HR@american-stucco.com.

Contáctenos



Invertir en ti

A todo el equipo de American Legacy:

Nuestro éxito en American Legacy Stucco and Stone (“American Legacy” o “la Compañía”) se basa en el trabajo duro y la dedicación de nuestros empleados. Cada uno de ustedes juega un papel importante en la calidad de nuestros proyectos y la solidez de nuestra reputación, y queremos asegurarnos de que se sientan valorados y apoyados.

Esta Guía de Beneficios es una forma de demostrar ese compromiso. Los beneficios que ofrecemos están diseñados para protegerte a ti y a tu familia, apoyar tu salud y bienestar, y brindarte tranquilidad. Ya sea cobertura médica, bienestar financiero o recursos para ayudarte a superar los desafíos de la vida, estos programas están aquí para ayudarte a prosperar en el trabajo y en casa.

Sabemos que elegir beneficios puede ser abrumador, pero le animamos a que se tome el tiempo para revisar las opciones y hacer preguntas. Nuestro objetivo es asegurarnos de que estos planes realmente satisfagan sus necesidades, para que pueda concentrarse en su trabajo y su futuro con tranquilidad.

Gracias por la dedicación y el profesionalismo que aportan a American Legacy cada día. Nos enorgullece invertir en ustedes, porque cuando nuestra gente triunfa, nuestra empresa triunfa.

— *Liderazgo en estuco y piedra del legado estadounidense*



Contenido de la guía

SEGURO DE SALUD

PATROCINADO POR EL EMPLEADOR

Elegibilidad.....	6
Planes de salud EMI	8
Búsqueda de proveedores	10
Aplicación EMI Health	11
Telemedicina EMI	12
GoodRx	14

TIEMPO FUERA DEL TRABAJO

Tiempo de enfermedad remunerado	16
Tiempo libre remunerado	16
Días festivos remunerados	16

JUBILACIÓN

PLAN DE CONTRIBUCIÓN DEFINIDA

Elegibilidad	17
Cronograma de adquisición de derechos	17

SELECCIÓN DE PLANES

REQUERIDO PARA TODOS LOS EMPLEADOS DE TIEMPO COMPLETO

Inscribirse/Cambiar	19
Renunciar	20

AVISOS REQUERIDOS

INFORMACIÓN OBLIGATORIA LEGALMENTE

MÉDICO

Descripción del plan (SPD) ...	22
SBC	38
Inscripción especial	56
Privacidad de HIPAA	57
Privacidad de HIPAA de AZ ..	63
Aviso general de COBRA	67
Intercambio del mercado	72
Medicare Parte D	74
Aviso de CHIPRA	76
Aviso de WHCRA	80
Aviso de NMHPA	81
Aviso de MHPAEA	82

JUBILACIÓN

Descripción del plan (SPD) ...	84
--------------------------------	----

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Esta guía de beneficios para empleados destaca las principales características de sus programas de beneficios. Su objetivo es ayudarlo a elegir los beneficios más adecuados para usted.

Este folleto no incluye todas las reglas y detalles, incluidas las limitaciones y exclusiones de estos planes. Los términos de sus planes de beneficios se rigen por documentos legales, incluidos los contratos de seguro.

En caso de discrepancias entre este folleto y los documentos del plan legal, estos últimos tienen la última palabra.

Seguro de salud

ELEGIBILIDAD



En American Legacy nos enorgullecemos de apoyar la salud y el bienestar de nuestros empleados y sus familias, ofreciendo una cobertura médica integral que ayuda a gestionar los costos de atención médica y brinda tranquilidad. La siguiente sección explica los requisitos de elegibilidad, las fechas de inicio de la cobertura y cómo inscribirse.



Año del plan de beneficios

El año del plan de beneficios de American Legacy comienza el 1 de enero y se extiende hasta el 31 de diciembre.

**Nuestro año de plan 2026 es
01/01/2026 - 31/12/2026**

Elegibilidad de los empleados

Todos los empleados a tiempo completo que trabajen un promedio de 30 o más horas por semana tienen derecho al seguro de salud a partir del primer día del mes siguiente a 60 días de empleo.

Elegibilidad de dependientes

Para ser elegible para la inscripción en sus planes de beneficios, el dependiente debe ser:

- Su cónyuge legal o pareja de hecho
- Su hijo biológico, hijastro, hijo adoptado legalmente o un hijo del cual usted, el empleado, sea tutor legal hasta que cumpla 26 años, o más allá si no puede trabajar para mantenerse debido a discapacidades mentales o físicas.

Seguro de salud



DISEÑO DEL PLAN

American Legacy ofrece tres planes médicos administrados por EMI y Blue Cross Blue Shield (BCBS). Estas opciones varían desde cobertura gratuita o de bajo costo hasta cobertura más costosa, lo que brinda a los empleados la flexibilidad de elegir el plan que mejor se adapte a sus necesidades. Si bien algunos planes permiten consultar a cualquier proveedor, ahorrará dinero y maximizará sus beneficios al usar proveedores dentro de la red.



¿Qué es MEC?

MEC significa Cobertura Mínima Esencial. Es un tipo de seguro médico que cumple con los requisitos básicos de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA) para tener cobertura médica. Los planes MEC están diseñados para cubrir servicios preventivos como chequeos anuales, pruebas de detección y vacunas sin costo alguno.

Es importante saber que, si bien MEC cumple con los requisitos de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA), no ofrece el mismo nivel de protección que un plan médico completo. MEC generalmente no cubre hospitalizaciones, cirugías ni gastos médicos mayores.

American Legacy contribuye al costo de la cobertura médica de los empleados y garantiza que el plan básico de MEC esté disponible gratuitamente para todos los empleados elegibles. Esto garantiza que todos los miembros del equipo tengan acceso a atención preventiva esencial, incluso si deciden no inscribirse en uno de los planes médicos más completos.



Opciones de planes de seguro

Resumen de beneficios

	MEC Básico	MEC mejorado
Deducible por año	Ninguno	Ninguno
Max fuera de su bolsillo	Ninguno	Ninguno
Coaseguro	Ninguno	Ninguno
Telemedicina	\$0 de copago	\$0 de copago
Atención preventiva	Cubierto al 100%	Cubierto al 100%
Visita de atención primaria	No cubierto	Copago de \$20**
Visita al especialista	No cubierto	Copago de \$50**
Atención de urgencias	No cubierto	Copago de \$50
Laboratorio y radiografías	No cubierto	Copago de \$250**
Radiología, Laboratorio	No cubierto	Copago de \$50**
Servicios ambulatorios	No cubierto	Cubierto al 100%**
Hospital	No cubierto	No cubierto
Sala de emergencia	No cubierto	No cubierto

Receta/pedido por correo*

Nivel 1 - Genérico	Solo descuento	10%
Nivel 2 - Preferido	Solo descuento	50%
Nivel 3 - No preferido	Solo descuento	Solo descuento

Recetas especializadas

Nivel 1 - Genérico	No cubierto	No cubierto
Nivel 2 - Preferido	No cubierto	No cubierto
Nivel 3 - No preferido	No cubierto	No cubierto

Su costo por período de pago

Solo empleados	0.00	17.08
Empleado + Cónyuge	6.92	32.08
Empleado + Hijo(s)	10.15	38.54
Empleado + Familia	17.08	51.23

*Las recetas preventivas exigidas por la ACA están cubiertas en su totalidad en todos los planes

**Sujeto a límites anuales

o médico



Cuota BCBS (\$6,500 / \$13,000)

Dentro de la red	Fuera de la red
\$6,500 / \$13,000	\$13,000 / \$26,000
\$8,500 / \$17,000	\$17,000 / \$34,000
100%***	50%***
\$0 de copago con Recuro	No cubierto
Cubierto al 100%	No cubierto
Copago de \$10 a \$40	50%***
Copago de \$20 a \$75	50%***
Copago de \$100	50%***
100%***	50%***
Cubierto al 100%	50%***
100%***	50%***
100%***	50%***
100%***	Copago de \$400

Copago de \$20***	10%
Copago de \$75***	50%
Copago de \$150***	Solo descuento

25%, \$150 máximo por receta
25%, \$250 máximo por receta
30%, \$500 máximo por receta

182.22
396.61
357.64
611.02

Deducible por año

Max fuera de su bolsillo

Coaseguro

Telemedicina

Atención preventiva

Visita de atención primaria

Visita al especialista

Atención de urgencias

Laboratorio y radiografías

Radiología, Laboratorio

Servicios ambulatorios

Hospital

Sala de emergencia

Receta/pedido por correo*

Nivel 1 - Genérico

Nivel 2 - Preferido

Nivel 3 - No preferido

Recetas especializadas

Nivel 1 - Genérico

Nivel 2 - Preferido

Nivel 3 - No preferido

Su costo por período de pago

Solo empleados

Empleado + Cónyuge

Empleado + Hijo(s)

Empleado + Familia

***después del deducible.

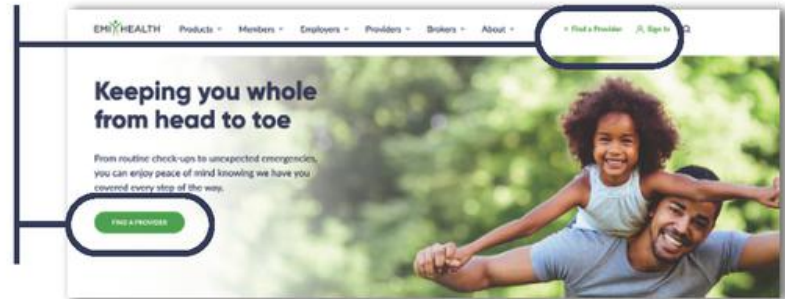
*Las recetas preventivas exigidas por la ACA están cubiertas en su totalidad en todos los planes

Servicios en línea

Encontrar un proveedor

Como miembro de EMI Health, puedes aprovechar una amplia selección de proveedores en la red local y nacional. Para encontrar un proveedor en la red, sigue estos pasos.

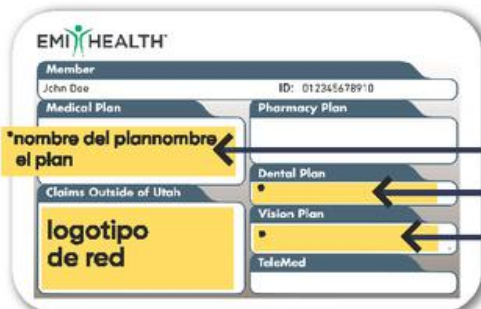
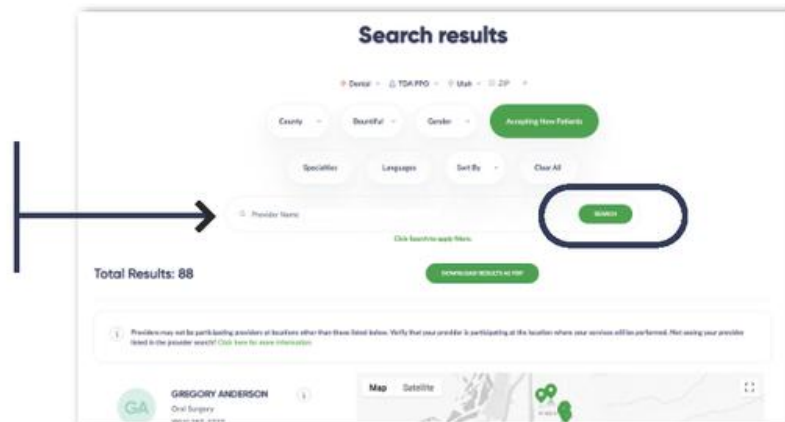
- 1 Ve a **emihealth.com** y haz clic en **+ Encontrar un Proveedor** en la parte superior de la página de inicio, o utiliza el botón verde de abajo.



- 2 Haz clic en la pestaña de **MEDICAL, DENTAL o VISION**, selecciona el **NOMBRE DE TU PLAN** (consulta la nota a continuación sobre cómo encontrar el nombre de tu plan) en el menú desplegable, elige tu **ESTADO** y haz clic en **BUSCAR**.



- 3 Desplázate hacia abajo para ver una lista de proveedores participantes junto con su información de contacto. Si prefieres buscar un proveedor específico, ingresa el **NOMBRE DEL PROVEEDOR** en el campo y haz clic en el botón **BUSCAR**.



Encontrar el NOMBRE DEL PLAN en tu Tarjeta de Identificación:
Puedes encontrar el *Nombre del Plan que se puede buscar dentro de cada categoría (médica/dental/visión) de tus tipos de cobertura suscritos. Si corresponde, habrá logotipos de redes para la cobertura "dentro del estado" y "fuera del estado".

Questions? 1 (800) 662-5851

Tus beneficios. En cualquier momento. En cualquier lugar.

La aplicación de EMI Health

Descarga la aplicación e inicia sesión usando tu nombre de usuario y contraseña de Mi EMI Health. Si no has registrado tu cuenta, puedes hacerlo en la aplicación o en línea en emihealth.com.



Tarjeta de Identificación

Accede a tu tarjeta de identificación desde cualquier lugar y en cualquier momento.

Reclamaciones

Ver detalles de reclamaciones y Avisos de Explicación de Beneficios (EOB).

Información del Plan

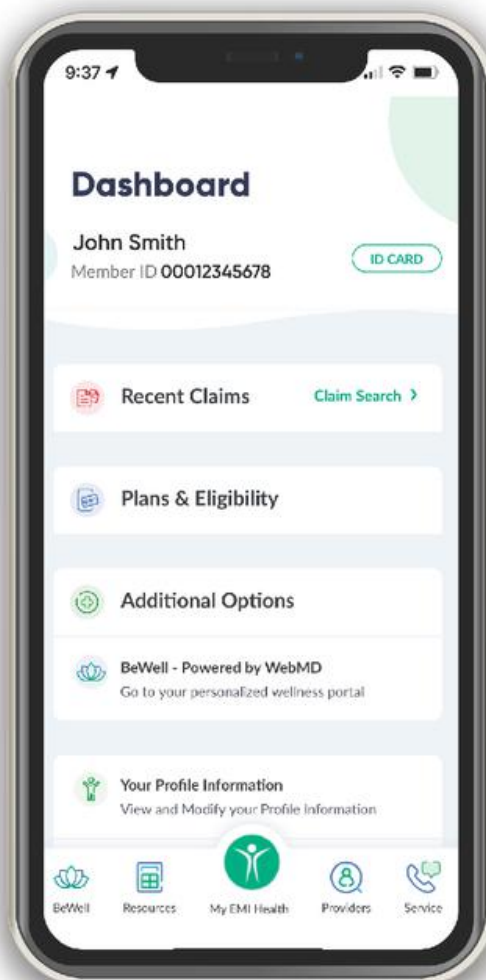
Ver y descargar tus cuadrículas de plan.

Perfil

Actualizar información como dirección de correo electrónico, contraseña o seguridad.

Búsqueda de proveedores

Busca fácilmente proveedores participantes junto con su información de contacto.



Escanee este código QR con su teléfono para descargar.



Telemedicina



Comuníquese con un médico las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año

Aproximadamente el 70% de las consultas médicas se pueden gestionar por teléfono, y el 40% de las urgencias se pueden gestionar mediante telemedicina. Ahorre tiempo y dinero mientras recibe el tratamiento que necesita con EMI Health TeleMed, ofrecido por Recuro Health (anteriormente WellVia).



¿Cómo lo uso?

Los médicos que utilizan la telemedicina diagnostican afecciones médicas agudas y no urgentes, y recetan medicamentos cuando sea clínicamente apropiado. Hable con un médico en cualquier momento y no pague ninguna tarifa de consulta, en lugar de pagar los altos costos asociados con las visitas al consultorio, urgencias y salas de emergencias.

Condiciones comunes

Reflujo ácido + Alergias + Asma Infección de vejiga + Bronquitis + Resfriado/gripe
Estreñimiento + Tos + Dolor de oído Fiebre Gota +
Dolor de cabeza + Hemorroides + Presión arterial alta + Dolor en las articulaciones + Náuseas
Conjuntivitis + Erupciones + Afecciones sinusales
Dolor de garganta + Infecciones urinarias + Infecciones por hongos



Telemedicina



Making
Advanced
Healthcare
AccessibleTM

✓ 10 Min or Less Virtual Urgent Care

✓ Primary Care Visits in 24-48hrs

✓ 1:1 Patient/Doctor Relationships

✓ Prioritizes Prevention Over Sick-Care

✓ Healthier Outlook = Lower Costs



**Descargue la
aplicación a
su dispositivo**





GoodRx



Cómo funciona GoodRx



Comparar precios

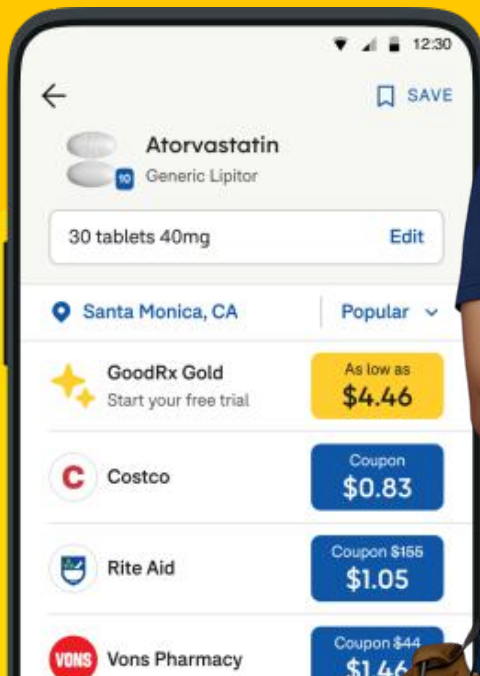
Los precios de los medicamentos varían según la farmacia. Usa GoodRx para encontrar precios y descuentos actuales, que suelen ser más bajos que los precios en efectivo, incluso sin seguro.

Obtenga cupones gratis

Los cupones de GoodRx pueden ayudarle a pagar menos que el precio en efectivo de su receta.

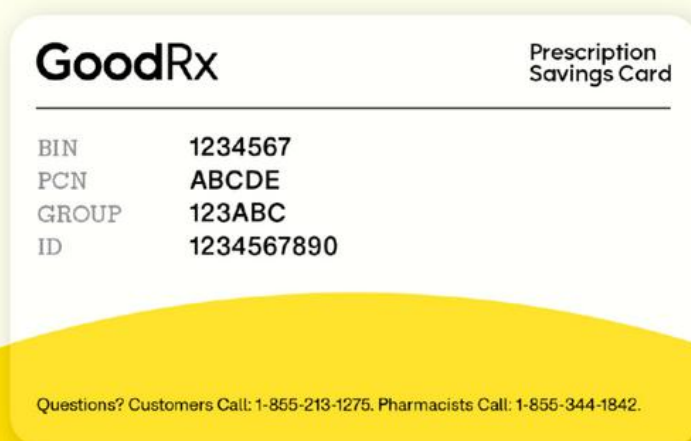
Uso en farmacia

Es fácil. Solo trae tu cupón gratis a la farmacia al recoger tu receta.





Ahorre hasta un 80% en más de 70.000 farmacias en todo el país.



¡No es necesario seguro!



Descargue la aplicación GoodRx hoy

Tiempo libre remunerado



El tiempo fuera del trabajo es fundamental para mantenerse sano, equilibrado y productivo. American Legacy ofrece tiempo libre remunerado, baja por enfermedad y beneficios de vacaciones para que pueda descansar, recargar energías y atender sus necesidades personales. Consulte su manual para obtener más información.



Tiempo de enfermedad remunerado

Todos los empleados de American Legacy reciben 1 hora de licencia por enfermedad remunerada por cada 30 horas trabajadas. El saldo de la licencia por enfermedad remunerada se actualiza semanalmente y se puede consultar en sus recibos de sueldo o en la aplicación Paylocity.

Tiempo libre remunerado

Los empleados administrativos que trabajan al menos 30 horas cada semana ganan 0,77 horas de tiempo libre remunerado en cada período de pago (40 horas a lo largo de un año completo).

Vacaciones pagadas

American Legacy generalmente observa 6 días festivos pagados al año. Debido a la naturaleza variable de nuestro negocio, no todos los grupos de empleados califican para días festivos pagados. Consulte el manual del empleado para obtener más información.

Solicitar tiempo libre

Todas las solicitudes de tiempo libre deben enviarse a través de la aplicación Paylocity para que su gerente las revise y las apruebe. Su gerente o el departamento de Recursos Humanos están disponibles para ayudarle si no sabe cómo hacerlo.



Jubilación



American Legacy Stucco & Stone ofrece un Plan de Participación en las Ganancias para ayudarle a ahorrar para el futuro. El plan está financiado íntegramente por la Compañía; usted no realiza aportaciones. Cada año, la Compañía puede optar por añadir fondos al plan según el rendimiento del negocio. Si se realiza una aportación, esta se distribuye entre los empleados elegibles según las normas del plan.

Elegibilidad

Todos los empleados son elegibles para participar en el plan de jubilación después de completar un año de servicio con al menos 1,000 horas trabajadas.

Las interrupciones en el servicio (menos de 501 horas en un año) pueden retrasar o afectar la elegibilidad.

Si lo vuelven a contratar, el servicio anterior puede contar para la elegibilidad, a menos que se haya descartado según las reglas de interrupción del servicio.



Calendario de adquisición de derechos

Las contribuciones del empleador se convierten en suyas con el tiempo, según los años de servicio. Obtiene el 20 % de los derechos adquiridos después de 2 años, con un 20 % adicional cada año, hasta alcanzar el 100 % después de 6 años. Las interrupciones en el servicio pueden afectar la adquisición de derechos. Conservará la parte adquirida de su cuenta si deja la empresa.

¿Tienes preguntas?

El plan de jubilación de American Legacy es autoadministrado. Revise la Descripción Resumida del Plan para obtener todos los detalles y envíe cualquier pregunta a Recursos Humanos a HR@american-stucco.com.





PROPORCIONADO POR



+1-662-MODRNHR
+1-662-663-7647
modernhr.com



HEALTH PLAN ENROLLMENT



1 ACTIVE EMPLOYEE INFORMATION

First Name		Last Name	
Cell Phone		Email	
Address		City, State	Zip
Position		Hire Date	Eligible
Social Sec		Birth Date	Sex

2 HEALTH INSURANCE PLAN OPTIONS

Health Plan Selected Coverage Level Your Cost per Pay Period

INSCRIBIRSE o RENUNCIAR

FAMILY MEMBERS TO BE COVERED

Relationship	Full Legal Name	Sex	Birth Date	Social Security	Address

Inglés



Español



OTHER INSURANCE INFORMATION

3 CERTIFICATION & ACKNOWLEDGEMENTS

I hereby apply for coverage to which I may be entitled or to which I may become entitled under the terms of agreements, including binding arbitration provisions, in the policies issued by EMI Health. I accept the terms of group agreement between my employer and the plan and appoint my employer to act as agent on my behalf. I authorize the deduction from my earnings of any contribution I am required to make towards the cost of this coverage. The proposed coverage shall not take effect until this application has been accepted by the other underwriting companies, as applicable, and shall become effective only in accordance with the provisions of such agreements or group policies. I understand that I am not entitled to change my coverage elections during the plan year, unless I experience a special enrollment situation (i.e., marriage, divorce, birth, death, adoption, placement for adoption, or loss of other insurance coverage). I also understand that if I experience a qualifying event, I may elect to terminate coverage for myself and/or dependents by providing written notice to my employer within 31 days of the qualifying event.

I authorize EMI Health to share PHI concerning me and my family, including adult dependents, with any health care provider or HSA/HRA administrator providing benefits. I understand that any person who includes any false or misleading information on an application for an insurance policy may be subject to criminal and civil penalties.

Employee Signature

Date

4 EMPLOYER SIGN-OFF

Approved By

Approved On

I have reviewed the information provided above to confirm accuracy and eligibility. This form is approved for processing.



1

ACTIVE EMPLOYEE INFORMATION

First Name		Last Name	
Cell Phone		Email	
Address		City, State	Zip
Position		Hire Date	Eligible
Social Sec		Birth Date	Sex

INSCRIBIRSE o RENUNCIAR

2

WAIVER OF OFFERED HEALTH INSURANCE PLANS

I choose not to participate in the following group benefits that have been offered and waive such coverage(s).

Inglés

→

3

CERTIFICATION

I understand that I may later apply for coverage if my employment situation (i.e., marriage, divorce, birth, death, adoption, etc.) changes, or during my employers next open enrollment period.

Español

→

Employee Signature

Date

4

EMPLOYER SIGN-OFF

Approved By		I have reviewed the information provided above to confirm accuracy. This form is approved for processing.
Approved On		

SEGURO

Avisos legales

Lea si desea. Pregunte si lo necesita.

La siguiente sección incluye una colección de avisos laborales obligatorios. Sabemos que puede parecer mucha letra pequeña, pero estos documentos se proporcionan para protegerte y mantenerte informado sobre tus derechos y opciones. No necesitas estudiar cada palabra; solo recuerda que están aquí para tu referencia.

Si bien nos esforzamos al máximo por traducir nuestros materiales al español, algunos de estos avisos legales solo están disponibles en inglés. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para comprenderlos, su equipo de RR. HH. estará encantado de ayudarlo. Puede contactarnos en HR@american-stucco.com.

Para referencia futura, estos avisos se publican y se mantienen actualizados en nuestro Portal de empleados en línea junto con nuestras otras políticas y avisos importantes.

DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL PLAN

American Legacy Stucco and Stone, Inc Health and Welfare Benefit Plan

Vigente desde 1 de enero de 2026

TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN

I. INFORMACIÓN GENERAL SOBRE EL PLAN

II. COBERTURA DE CONTINUACIÓN

III. LEY DE AUSENCIA FAMILIAR Y MÉDICA DE 1993

IV. DECLARACIÓN DE DERECHOS BAJO LA LEY DE ERISA

ANEXO A. INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADOR Y EL PLAN

ANEXO B. BENEFICIOS DEL PLAN COMPONENTE

ANEXO B-1. POLÍTICA DE CUMPLIMIENTO CON ACA

INTRODUCCIÓN

American Legacy Stucco and Stone, Inc (en Adelante como el "Empleador") mantiene el plan American Legacy Stucco and Stone, Inc Health and Welfare Benefit Plan el "Plan") para el beneficio exclusivo de Empleados que cumplen con los requisitos de elegibilidad. El Plan es un plan extenso y singular que provee una variedad de beneficios. En este documento esos beneficios se denominan como "Componentes". Algunos de los Componentes son sujetos a la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación para los Empleados de 1974, denominado como "ERISA" y provisiones del Código de Rentas Internas de 1986, denominado "Código". Esta Descripción Resumida del Plan ("SPD") describe los requisitos impuestos por ERISA y el Código, y describe la estructura administrativa de todos los beneficios que están provistos. Este documento y sus Anexos, incluyendo los certificados de cobertura emitidos por las compañías de seguro y los resúmenes de las descripciones del plan emitidos por Administradores Externos y/o el Administrador del Plan, constituyen el SPD para cada uno de los Componentes en la medida requerida por ERISA § 102.

Importante: Este SPD solo es un resumen de las partes clave del Plan, y una descripción breve de tus derechos como Participante de un Componente de beneficios. Asegúrese de leer este SPD cuidadosamente, para poder tomar decisiones informadas que sean adecuadas para usted.

El Plan provee beneficios a través de los siguientes Componentes, de acuerdo a lo descrito en el Anexo B:

American Legacy Stucco and Stone, Inc Plan de Seguro Medico Plan

Cada uno de estos Componentes está resumido en un folleto de certificado de cobertura emitida por una compañía de seguro y los resúmenes de las descripciones del plan emitidos por Administradores Externos y/o el Administrador del Plan. Una copia de cada certificado de cobertura o resumen de la descripción del plan está adjuntado a este documento en Anexo B. **Este documento más los Anexos y Adjuntos son el SPD para el Plan.**

Las siguientes palabras y frases usadas en este documento tendrán el significado siguiente, a menos que requiera un significado diferente por el contexto. Pronombres masculinos y femeninos usados en este Plan deberían incluir los géneros masculinos y femeninos, y las palabras en singular también incluyen el plural, a menos que el contexto indique otra cosa. Todas las siglas están escritas en inglés. Cierta información adicional, como el nombre del Plan o Empleador, podrá aparecer en este documento en inglés. Si hay alguna confusión, por favor contacte al Administrador del Plan para más información y/o asistencia de traducción. La sección de "Definiciones" incluye definiciones generales y la presencia de cualquiera definición no es, en si misma, una indicación de la existencia de ese beneficio.

Importante: Los beneficios de cada Componente se brindan conforme a un contrato de seguro y/o conforme a un documento de plan gobernante adoptado por el Empleador. Si los términos de este documento entran en conflicto con los términos del contrato de seguro o el documento del plan gobernante, prevalecerán los términos del contrato de seguro o el documento del plan gobernante en lugar de este documento, a menos que la ley exija lo contrario.

PART I. INFORMACIÓN GENERAL SOBRE EL PLAN

1. ¿Cuál es el propósito del Plan?

El propósito del Plan es brindar a ciertos Empleados la oportunidad de recibir ciertos beneficios como parte de un plan de beneficios sociales para empleados, como se describe en este documento. Se le proporciona este documento para brindarle una descripción general del plan y para abordar cierta información que puede no estar incluida en los Anexos.

2. ¿Cuándo entró en vigencia el Plan?

Este Plan entró en vigencia en fecha 1 de enero de 2026.

El Plan opera en un "Año del Plan" que va desde el primer día de 1 de enero hasta el último día de 31 de diciembre. Es importante tener en cuenta que algunos Componentes del Plan pueden operar en un Año del Plan diferente al Año del Plan Combinado de ERISA identificado anteriormente.

3. ¿Quién puede participar en el Plan?

Cada Empleado del Empleador será elegible para participar en el Plan al cumplir con los requisitos de elegibilidad (por ejemplo, requisitos de trabajo por hora, etc.) de cualquiera de los Componentes aplicables identificados en el Anexo B. Estos empleados se denominan "Empleados Elegibles". Aquellos Empleados Elegibles que realmente participan en uno o más de los Componentes del Plan se denominan "Participantes". Hay ciertas excepciones. Se describen en el documento del Plan subyacente. Se le notificará si se encuentra dentro de una de esas excepciones.

"Empleado" significa un empleado de hecho del Empleador, excepto que el término "Empleado" no incluye a ningún empleado de hecho que sea un empleado arrendado (incluido, entre otros, un individuo definido en el Código de Impuestos Internos § 414 (n)), o cualquier empleado de hecho que sea una persona clasificada por el Empleador como trabajador contratado, contratista independiente, empleado temporal o trabajador eventual, esté o no dicha persona en la nómina W-2 del Empleador. El término "Empleado" tampoco incluye a ninguna persona que realice servicios para el Empleador pero que sea pagado por una agencia temporal u otra agencia de empleo o cualquier otro empleado cubierto bajo un acuerdo de negociación colectiva a menos que el acuerdo de negociación colectiva así lo disponga. El término "Empleado" incluye a "antiguos empleados" con el propósito limitado de permitir continuación de elegibilidad de los beneficios según lo dispuesto en el presente después de que un empleado deje de ser empleado por el Empleador.

Para determinar si es elegible para participar en un Componente identificado en el Anexo B, por favor lea la información de elegibilidad contenida en el Anexo para el Componente correspondiente.

4. ¿Cuándo me convierto en un Participante?

Para los Empleados Elegibles nuevos, la participación puede comenzar como se describe en cada uno de los Componentes identificados en el Anexo B. Las fechas de participación pueden variar según el Componente y la clasificación de un Empleado Elegible.

Se aplican reglas especiales que limitan la entrada si no se convierte en Participante en ninguno de los Componentes identificados en el Anexo B cuando es elegible por primera vez. Para algunos Componentes, usted puede convertirse en Participante al comienzo de cualquier Año del Plan subsiguiente, sujeto a cualquier evidencia aplicable de los requisitos de asegurabilidad impuestos por los Componentes. Otros Componentes no tienen fechas de entrada regulares. Además, con ciertos

Componentes, puede comenzar a participar en otros momentos bajo ciertas circunstancias. Por ejemplo, consulte la descripción de la Inscripción Especial de HIPAA (siglas en inglés para “Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud”) que se aplica al Componente que brinda cobertura de salud grupal descrita en el Anexo B. **Es muy importante verificar las Partes del Anexo B relacionadas con cada Componente.**

5. ¿Pueden otros ser cubiertos a través de mí?

Dependiendo de los términos y condiciones de un Componente en particular, es posible que pueda tener ciertos miembros de la familia (por ejemplo, hijo, cónyuge, etc.) cubiertos a través de usted. Para que otras personas estén cubiertas a través de usted, debe ser (y seguir siendo) un Participante en el Plan y bajo el(los) Componente(s) en particular.

6. ¿Cuáles son las condiciones de participación?

Como condición para participar y recibir los beneficios del Plan, usted acepta:

- (a) observar todas las reglas y regulaciones del Plan;
- (b) dar su consentimiento a las investigaciones del Plan con respecto a cualquier proveedor de servicios involucrado en una reclamación bajo el Plan;
- (c) presentar al Plan todas las notificaciones, informes, facturas y otra información que el Plan pueda requerir razonablemente;
- (d) aceptar pagar cualquier sobrepago o pago incorrecto recibido a través del Plan; y
- (e) aceptar proporcionar la prueba o documentación requerida con respecto a la elegibilidad dentro de treinta (30) días posteriores a la solicitud.

El no hacerlo puede afectar su capacidad para participar en el Plan (incluidos los Componentes).

7. ¿Cuándo termina la participación?

La participación en el Plan termina cuando ya no está cubierto bajo ninguno de los Componentes, independientemente del motivo. En general, la participación en cualquiera de los Componentes identificados en el Anexo B continúa hasta que elige no participar, ya no es un Empleado Elegible, el Componente cesa, no realiza las contribuciones de manera oportuna o su participación se termina por causa. En la mayoría de los casos, la cobertura de beneficios termina el último día del mes en que ocurre tal evento. Sin embargo, diferentes Componentes pueden tener diferentes reglas de "último día de cobertura" según el tipo de beneficio y el motivo de la cesación de la participación. Además, si no realiza las contribuciones de manera oportuna, la cobertura puede terminar el último día del último mes en el que realizó la contribución completa y existen otras situaciones (por ejemplo, fraude) en las que la cobertura puede terminar de forma retroactiva (por ejemplo, rescindido) cuando lo permita la ley aplicable.

Con respecto a otros que están cubiertos a través de usted, su cobertura normalmente cesa si su cobertura cesa. Además, puede haber otras razones por las que su cobertura puede terminar independientemente de si su cobertura termina (por ejemplo, dejar de cumplir con la definición de hijo dependiente).

8. ¿Cómo me inscribo y hago elecciones de beneficios?

El Empleador, en su capacidad como Administrador del Plan, le proporcionará los formularios necesarios para inscribirse y hacer elecciones para los Componentes identificados en el Anexo B, incluida la información sobre los costos de los diversos beneficios de los Componentes. Para obtener información adicional sobre la inscripción y las elecciones de beneficios para un Componente identificado en el Anexo B, lea la información contenida en el Anexo aplicable a el(los) Componente(s) en particular.

9. ¿Puedo cambiar mi elección en un Componente del Plan durante el Año del Plan?

Si un cambio en la cobertura bajo un Componente en particular puede ocurrir durante el Año del Plan depende de los términos y condiciones (1) del Componente, y (2) en la medida en que usted pague por cualquier parte del costo de la cobertura antes de impuestos, siguiendo el plan de la cafetería del Empleador bajo la Sección 125 del Código (reflejado en un documento separado).

Nota: Si está interesado en realizar un cambio en la cobertura de un Componente de este Plan, es muy importante que consulte la Parte del Anexo B relacionada con ese Componente. Y, si paga su parte del costo de la cobertura a través del plan de cafetería del Empleador, debe verificar los términos y condiciones de ese plan con respecto a los cambios durante el Año del Plan.

10. ¿Debo realizar contribuciones para recibir cobertura? ¿Y de ser así, quién retiene las contribuciones que pago para un beneficio de Componente?

El Empleador puede exigirle que pague la totalidad o una parte del costo de la cobertura en virtud de un Componente. De ser así, el Empleador le notificará las tasas de contribución aplicables. Sus contribuciones requeridas (si corresponde) se pueden realizar antes de impuestos si lo permite el plan de cafetería del Empleador. Si no se pueden hacer contribuciones antes de impuestos a través del plan de cafetería, debe hacer contribuciones después de impuestos. Dichas contribuciones generalmente vencen el primer día de cada mes, a menos que el Empleador haya acordado otro calendario de pago, como se identifica en el Anexo A. Se proporcionará un período de gracia de contribución si la ley aplicable lo requiere o si es necesario para garantizar que una oferta de cobertura se ha hecho de acuerdo con la Regulación de Tesorería § 54.4980H-3(g).

Sus contribuciones al costo de la cobertura se mantienen en los activos generales del Empleador. No existe un fideicomiso separado. Las contribuciones se mantienen como parte de los activos generales del Empleador hasta que se utilicen para brindar cobertura en virtud de un Componente (por ejemplo, se envíen a la compañía de seguros, se utilicen para pagar los beneficios, etc.).

11. ¿Qué sucede cuando hay un reembolso de la compañía de seguros?

Cualquier reembolso proporcionado al Empleador por una compañía de seguros que haya emitido un contrato de seguro para cualquier Componente proporcionado en virtud del Plan se asignará de acuerdo con las pautas vigentes del Departamento de Trabajo (DOL) de los Estados Unidos. Como Participante en el Plan, puede beneficiarse directamente de dicho reembolso. La parte del reembolso asignada a los Participantes se (1) utilizará únicamente en beneficio de los Participantes que participen en el Componente con respecto al cual se proporcionó el reembolso, y (2) se devolverá a dichos Participantes de la manera permitida por la ley aplicable (por ejemplo, para proporcionar un reembolso, un bono feriado, un aumento en los beneficios, etc.), según lo determine el Plan. La parte del reembolso asignada a los Participantes se devolverá a los Participantes no más tarde que tres meses después de la fecha en que el Empleador reciba dicho reembolso de la compañía de seguros.

12. ¿Cuáles son las consecuencias fiscales para mí?

El hecho de que los beneficios sean proporcionados por su Empleador en virtud de este Plan no significa necesariamente que se le proporcionen a usted sobre una base fiscal favorecida. Dependiendo de una variedad de factores (incluido el tipo de beneficio, la cantidad del beneficio, las características de los Empleados y Participantes Elegibles, las características de aquellos cubiertos a través de los Participantes—por ejemplo, hijos, cónyuge, etc.—, etc.), el valor del beneficio puede o no resultar en salarios imponibles para usted.

13. ¿Tendré algún costo administrativo bajo el Plan?

No. El Empleador paga el costo entero de administrar el Plan.

14. ¿Cuánto tiempo estará vigente el Plan?

Aunque el Empleador espera mantener el Plan (incluidos cada uno de los Componentes) indefinidamente, el Empleador tiene derecho a modificar o cancelar el Plan en su totalidad o en parte en cualquier momento. También es posible que los cambios futuros en las leyes estatales o federales requieran que el Plan se modifique o finalice respectivamente. Se le informará si se realizan cambios en el Plan.

15. ¿Cómo se determinan los reclamos?

ERISA requiere que se sigan ciertas reglas con respecto a la determinación de reclamos de beneficios (por ejemplo, formato, plazos, notificaciones, etc.). Las reglas que se aplican en una situación particular dependen de una variedad de factores (incluido el tipo de beneficio, si se brinda con un plan de cobertura asegurada o un plan auto asegurado, etc.). El documento del Plan subyacente proporciona la estructura general para determinar los reclamos, mientras que muchos de los detalles específicos del Componente en particular se describen en el Anexo relacionado con ese Componente. Se pretende que los procedimientos de reclamos estén en conformidad con los requisitos aplicables de ERISA.

Nota especial sobre el Componente del Plan Médico. Con respecto al Componente del Plan Médico de American Legacy Stucco and Stone, Inc, la Ley de Protección del Paciente y de Salud a Bajo Precio (PPACA) también requiere que se sigan ciertas reglas. Los detalles de estas reglas y su aplicación al Componente del Plan Médico se describen en el documento del Plan y también en el **Anexo B-1. Política de Cumplimiento de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA)** y sus adjuntos para ese Componente (y cambios posteriores a ese Anexo y sus adjuntos). Se pretende que los procedimientos de reclamos estén en conformidad con los requisitos aplicables de la PPACA.

16. ¿Puedo asignar mi derecho de los beneficios bajo el Plan a otra persona?

En general, los beneficios pagaderos bajo el Plan (incluyendo cualquier Componente) no pueden ser asignados. Sin embargo, con respecto a Componentes particulares, es posible que tenga derechos limitados para asignar beneficios a los proveedores de servicios de atención médica. Es muy importante verificar las Partes del Anexo B relacionadas con cada Componente.

II. COBERTURA DE CONTINUACIÓN

1. ¿Cuáles son mis derechos de continuación bajo COBRA (siglas en inglés)?

La Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA) requiere que la mayoría de los empleadores ofrezcan a los Empleados y sus familias (cónyuge y/o hijos dependientes) la oportunidad de pagar una extensión temporal de la cobertura de salud (llamada "cobertura de continuación") a tarifas grupales en ciertos casos donde la cobertura de salud bajo un plan (o unos planes) de salud grupal patrocinado por el empleador de lo contrario terminarían. No se requiere que una persona sea asegurable para elegir la continuación de la cobertura. Sin embargo, una persona que continúa con la cobertura debe pagar la totalidad de la prima por la continuación de la cobertura. Los Beneficios Médico se operarán de acuerdo con COBRA y de conformidad con las políticas y procedimientos de COBRA contenidos en un documento separado, que se incorpora por referencia en el Plan y este SPD y está disponible para usted a pedido, sin cargo.

2. ¿Cuáles son mis derechos de continuación bajo USERRA (siglas en inglés)?

Si lo llaman al servicio activo en los servicios uniformados, puede optar por continuar con la cobertura para usted y sus dependientes elegibles conforme a la Ley de Derechos de Empleo y Reempleo para Personal Uniformado de 1994 (USERRA) por un período de hasta 24 meses. Usted y sus dependientes elegibles califican para esta extensión si lo llaman al servicio activo o de reserva, ya sea voluntario o involuntario, en las Fuerzas Armadas, la Guardia Nacional del Ejército, la Guardia Nacional Aérea, el servicio de tiempo completo en la Guardia Nacional (bajo un llamado federal a filas, no estatal), el cuerpo comisionado de los Servicios de Salud Pública y cualquier otra categoría de personas designadas por el presidente de los Estados Unidos. Este derecho de continuación es similar y funciona simultáneamente con sus derechos de continuación bajo COBRA (en siglas en inglés) si corresponde. Los beneficios Médico serán operados de acuerdo con USERRA y de conformidad con las políticas y procedimientos de USERRA contenidos en un documento separado, que se incorpora por referencia en el Plan y este SPD y está disponible a usted a pedido, sin cargo.

3. ¿Cuáles son mis derechos de continuación y/o conversión para la cobertura del plan de salud grupal según la ley estatal?

Algunos estados, pero no todos, requieren la continuación y/o conversión del seguro de salud grupal ante ciertos eventos. Si se proporciona bajo la ley estatal aplicable, sus derechos de continuación y/o conversión, y los derechos de aquellos que están cubiertos a través de usted, se describen en los materiales separados que le han sido proporcionados directamente por la aseguradora (la compañía de seguros) o por su Empleador. Si no se le ha proporcionado esta información, debe comunicarse con el Empleador.

III. LEY DE AUSENCIA FAMILIAR Y MÉDICA DE 1993

1. Ley de Ausencia Familiar y Médica de 1993

La Ley de Ausencia Familiar y Médica de 1993 (FMLA) impone ciertas obligaciones a los empleadores con cincuenta (50) o más Empleados. En particular, la FMLA brinda protecciones especiales para la cobertura de salud grupal. Este Plan (incluidos los Componentes) se administrará de manera consistente con la FMLA y la política FMLA del Empleador requerida, que se incorpora por referencia en el Plan y este SPD. Si corresponde a su situación, se le proporcionará una explicación de sus derechos de FMLA y sus responsabilidades con respecto a los beneficios bajo el Plan.

IV. DECLARACIÓN DE DERECHOS BAJO LA LEY DE ERISA

Como Participante en este Plan (incluidos los Componentes), usted tiene ciertos derechos y protecciones bajo ERISA.

Reciba Información Sobre Sus Planes y Beneficios. ERISA establece que todos los Participantes tendrán derecho a:

- (a) Examinar, sin cargo, en la oficina del Administrador del Plan y en otros lugares especificados, como lugares de trabajo y salas sindicales, todos los documentos que rigen el plan, incluidos los contratos de seguro y los acuerdos de negociación colectiva, y una copia del último informe anual (Serie del Formulario 5500) presentado por el plan ante el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos y disponible en la Sala de Divulgación Pública de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado.
- (b) Obtener, a pedido por escrito al Administrador del Plan, copias de los documentos que rigen la operación del plan, incluidos los contratos de seguro y los acuerdos de negociación colectiva, y copias del último informe anual (Serie del Formulario 5500) y el resumen de la descripción del plan actualizado. El Administrador del Plan puede cobrar un cargo razonable por las copias.
- (c) Recibir un resumen del informe financiero anual del Plan. El Administrador del Plan está obligado por ley a proporcionar a cada Participante una copia de este resumen del informe anual (SAR).

Derechos de COBRA. Como participante del Plan, tiene derecho a continuar con la cobertura de salud para usted, su cónyuge o sus dependientes si se produce una pérdida de cobertura en virtud del plan como resultado de un evento elegible. Es posible que usted o sus dependientes tengan que pagar por dicha cobertura. Revise este SPD y los documentos que rigen el Plan sobre las reglas que rigen sus derechos de continuación de cobertura de COBRA.

Acciones Prudentes de los Fiduciarios del Plan. Además de crear derechos para los Participantes, ERISA impone deberes a las personas responsables de la operación del plan de beneficios para empleados. Las personas que operan su Plan, denominadas "fiduciarios" del plan, tienen el deber de hacerlo con prudencia y en interés suyo y de los demás Participantes y beneficiarios. Nadie, incluido su empleador o cualquier otra persona, puede despedirlo o discriminarlo de ninguna manera para evitar que obtenga un beneficio de asistencia social o ejerza sus derechos bajo ERISA.

Ejerza sus Derechos. Si se niega o se ignora su reclamo de un beneficio de asistencia social, en su totalidad o en parte, tiene derecho a saber por qué se hizo esto, a obtener copias de los documentos relacionados con la decisión sin cargo y a apelar cualquier rechazo, todo dentro de ciertos límites de tiempo.

Hay pasos que puede tomar para ejercer estos derechos bajo la ley de ERISA. Por ejemplo, si solicita una copia de documentos del Plan o del último informe anual del plan y no los recibe dentro de treinta (30) días, puede presentar una demanda en un tribunal Federal. En tal caso, el tribunal puede exigir que el Administrador del Plan le proporcione los materiales y le pague hasta \$110 por día hasta que los reciba, a menos que los materiales no se hayan enviado por motivos fuera del control del administrador. Si tiene un reclamo de beneficios que es denegado o ignorado, en su totalidad o en parte, puede presentar una demanda en un tribunal estatal o federal. Además, si no está de acuerdo con la decisión del plan o la falta de la misma con respecto al estado calificado de una orden de relaciones domésticas o una orden médica de manutención infantil, puede presentar una demanda en un tribunal Federal.

Si sucediera que los fiduciarios del Plan hacen un uso indebido del dinero del plan, o si lo discriminan por poner ejercer sus derechos, puede buscar ayuda del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos o puede presentar una demanda en un tribunal Federal. El tribunal decidirá quién debe pagar las costas judiciales y los gastos legales. Si tiene éxito, el tribunal puede ordenar que la persona a la que ha demandado pague estos costos y gastos. Si pierde, el tribunal puede ordenarle que pague estos costos y gastos, por ejemplo, si determina que su reclamo es frívolo.

Muy Importante: Agotamiento de los Procedimientos Administrativos Requeridos; Estatuto de Limitaciones. El derecho a mantener una acción judicial está sujeto a los requisitos del Plan de que se completen los procedimientos administrativos primero. Esto se llama agotamiento de los remedios administrativos. **La falta de agotamiento de los procedimientos administrativos puede impedirle iniciar una acción ante un tribunal.** Además, si tiene la intención de iniciar una acción legal relacionada con el Plan, incluida una acción legal por los beneficios del Plan de conformidad con la Sección 502(a) de ERISA, debe hacerlo dentro de los dos (2) años posteriores a la recepción de una notificación de una determinación adversa de beneficios en el nivel final de apelación previsto en el Plan. Si, debido a circunstancias especiales, no tuvo que agotar sus remedios administrativos, la acción legal debe iniciarse dentro de dos (2) años a partir de la fecha en que se presentó el reclamo de beneficios correspondiente al Plan. No puede iniciar acciones legales después de la expiración del período de limitación aplicable. Estos plazos para iniciar una acción legal se aplican a menos que se proporcione un período de tiempo diferente en la Parte del Anexo B aplicable al Componente con respecto al cual se inicia la acción.

Asistencia con Sus Preguntas.

Si tiene alguna pregunta sobre su Plan, debe comunicarse con el Administrador del Plan. Si tiene alguna pregunta sobre esta declaración o sobre sus derechos bajo ERISA o HIPAA, o si necesita ayuda para obtener documentos del Administrador del Plan, debe comunicarse con la oficina más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado, Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, listado en su directorio telefónico o en la División de Asistencia Técnica y Consultas, Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado, Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, 200 Constitution Avenue N.W., Washington, D.C. 20210. También puede obtener ciertas publicaciones sobre sus derechos y responsabilidades bajo ERISA llamando a la línea directa de publicaciones de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado.

ANEXO A: Información del Empleador y del Plan

Parte I. Detalles del Empleador

Empleador y Patrocinador del Plan:	American Legacy Stucco and Stone, Inc 12455 N 92nd Drive Suite 103 Peoria, AZ 85381 Teléfono: 602-799-0513 correo electrónico: HR@american-stucco.com
Tipo de Negocio del Empleador:	Corporación
Número de Identificación del Empleador (EIN):	27-3892368
Estado de Incorporación :	Arizona
¿Empleador sujeto a ERISA?	Sí
Entidades Comúnmente Controladas	N/A

PART II. Información General del Plan

Nombre del Plan:	American Legacy Stucco and Stone, Inc Health and Welfare Benefit Plan
Año del Plan:	1 de enero hasta 31 de diciembre
Número del Plan:	501
Fecha de Vigencia del Plan:	1 de enero de 2026
Tipo de Plan:	El Plan proporciona beneficios completos Médico y se considera un "Plan de Beneficios de Salud y Bienestar" bajo ERISA.

Administrador el Plan:	American Legacy Stucco and Stone, Inc 12455 N 92nd Drive Suite 103 Peoria, AZ 85381 Teléfono: 602-799-0513 correo electrónico: HR@american-stucco.com
Agente para la notificación de procesos legales:	American Legacy Stucco and Stone, Inc 12455 N 92nd Drive Suite 103 Peoria, AZ 85381 Teléfono: 602-799-0513 correo electrónico: HR@american-stucco.com El proceso legal también puede ser notificado al Administrador del Plan o a cualquier Fideicomisario con respecto a las disputas que surjan bajo el Plan.
Fiduciario Nombrado:	American Legacy Stucco and Stone, Inc 12455 N 92nd Drive Suite 103 Peoria, AZ 85381 Teléfono: 602-799-0513 correo electrónico: HR@american-stucco.com

Parte III. Detalles Adicionales del Plan

Administrador de COBRA	American Legacy Stucco and Stone, Inc 12455 N 92nd Drive Suite 103 Peoria, AZ 85381 Teléfono: 602-799-0513 correo electrónico: HR@american-stucco.com
Frecuencia del Período de Pago:	Frecuencia del Período de Pago: semanalmente Las contribuciones/pagos por beneficios se cobran al mismo tiempo que el período de pago.

ANEXO B: Beneficio del Plane Componente

Parte I. Información de Asegurador/Proveedor

Tipo de Beneficio	Nombre del Plan	Información de Asegurador/Proveedor	Numero de Plan/ Identificación del grupo	Administrador de Reclamos	Fundado	Año del plan
Medico	EMI BCBS \$6,500 / \$13,000	EMI Health 5101 S Commerce Dr, Murray, UT, 84107 Telefono: 801-270-2967	7988	Asegurador	Auto asegurado	01/01/2026 - 12/31/2026
	MEC Enhanced	EMI Health 5101 S Commerce Dr, Murray, UT, 84107 Telefono: 801-270-2967	7988	Asegurador	Auto asegurado	01/01/2026 - 12/31/2026
	MEC Basic	EMI Health 5101 S Commerce Dr, Murray, UT, 84107 Telefono: 801-270-2967	7988	Asegurador	Auto asegurado	01/01/2026 - 12/31/2026

Parte II. Información Específica del Plan/Política

Tipo de Beneficio	Nombre del Plan	Elegibilidad	Periodo de espera	Terminación de la Cobertura	Cobertura para el Conyuge/ Dependiente y Pareja Domestica	Contribución del empleador	Pago de Premium	COBRA	ERISA
Medico	EMI BCBS \$6,500 / \$13,000	Todos los empleados	el primero del mes siguiente a los 60 días de la fecha de contratación	Último día del mes en el que finaliza la elegibilidad	Cónyuge legal e hijo(s) Dependiente(s) Sin cobertura para parejas de hecho	Tanto por contribuciones del empleador como por deducciones de nómina de los empleados	Antes de impuestos	Sí	Sí

	MEC Enhanced	Todos los empleados	el primero del mes siguiente a los 60 días de la fecha de contratación	Último día del mes en el que finaliza la elegibilidad	Cónyuge legal e hijo(s) Dependiente(s) Sin cobertura para parejas de hecho	Tanto por contribuciones del empleador como por deducciones de nómina de los empleados	Antes de impuestos	Sí	Sí
	MEC Basic	Todos los empleados	el primero del mes siguiente a los 60 días de la fecha de contratación	Último día del mes en el que finaliza la elegibilidad	Cónyuge legal e hijo(s) Dependiente(s) Sin cobertura para parejas de hecho	Tanto por contribuciones del empleador como por deducciones de nómina de los empleados	Antes de impuestos	Sí	Sí

Anexo B-1. Política de Cumplimiento de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio

American Legacy Stucco and Stone, Inc Health and Welfare Benefit Plan

Disposiciones de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio

1. Propósito.

El propósito de esta Política de Cumplimiento de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio ("Política de cumplimiento de ACA") es describir los métodos establecidos y adoptados por el Empleador, American Legacy Stucco and Stone, Inc, para permanecer en cumplimiento con las regulaciones de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio con respecto a la elegibilidad para los beneficios de salud.

La Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio ("PPACA" o "ACA") impuso reglas para los Grandes Empleadores Aplicables ("ALE") que incluyen, entre otras, la definición y el cálculo de las Horas de Servicio, la clasificación de los Empleados, las determinaciones de elegibilidad para los planes de salud y la provisión de estándares para la asequibilidad del plan de salud. Los métodos descritos en esta póliza se aplican específicamente a los planes de beneficios que ofrecen cobertura médica.

2. Definiciones Especiales.

- (a) **Gran Empleador Aplicable** significa un Empleador que empleó un promedio de al menos 50 empleados a Tiempo Completo (incluidos los empleados que no trabajan a Tiempo Completo ("equivalente a Tiempo Completo" o "FTE") con un promedio de al menos 30 horas por semana) durante el año calendario anterior.
- (b) **Empleado** tiene el significado establecido en el Plan.
- (c) **Hora de Servicio** significa (1) cada hora por la cual se le paga, o tiene derecho a pago, a un Empleado por el desempeño de tareas para la empresa; (2) cada hora por la cual el Empleador paga o tiene derecho a un Empleado por un período de tiempo durante el cual no se realizan tareas (por ejemplo, vacaciones pagadas, feriados, enfermedad, discapacidad, despido, deber de jurado, licencia militar, licencia pagada de ausencia); y (3) cada hora de licencia no remunerada que esté sujeta a FMLA, USERRA o por deber de jurado.
- (d) **Nuevo Empleado** significa un empleado que fue recontratado después de la expiración del período de paridad establecido para el plan.
- (e) **Empleado en Curso** significa un empleado que fue recontratado dentro del período de paridad establecido para el Plan.
- (f) **Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio ("PPACA" o "ACA")** significa la ley de reforma integral de la atención médica promulgada el 23 de marzo de 2010, que proporciona numerosos derechos y protecciones que hacen que la cobertura de salud sea más accesible y asequible e impone requisitos a los Empleadores aplicables para ofrecer cobertura de salud asequible a los Empleados de Tiempo Completo.
- (g) **Licencia Especial No Remunerada** significa licencia no remunerada sujeta a la Ley de Licencia Familiar y Médica de 1993 (FMLA) o a la Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados de 1994 (USERRA) o por deber de jurado.

(h) **Período de Espera:** - el período de tiempo que debe pasar antes de que la cobertura para un empleado (o su dependiente que de otra manera sea elegible para inscribirse en el plan) entre en vigencia. La ACA prohíbe los períodos de espera para los Empleados Nuevos para los beneficios del plan de salud grupal que excedan los 90 días.

3. **Empleados recontratados.** Si un Empleado tiene un período de 13 semanas o más (26 semanas si el Empleador es una institución académica) durante el cual se le acreditó cero horas de servicio, entonces el Empleado puede ser tratado como un Empleado cuyo empleo fue terminado y que es un Nuevo Empleado, no un Empleado en Curso, al reanudar los servicios para el Empleador. El Empleado deberá completar el Período de Espera aplicable antes de volver a ser elegible para los beneficios.

Si un Empleado tiene un período de menos de 13 semanas (26 semanas si el Empleador es una institución académica) durante el cual se le acreditó cero Horas de Servicio, entonces el Empleado será tratado como un Empleado continuo. El Empleador debe ofrecer cobertura de plan de salud a partir del primer día en que al Empleado recontratado se le acredite una Hora de Servicio, el primer día del mes calendario siguiente al día en que el Empleado recibió crédito por primera vez por una Hora de Servicio o, si es más tarde, tan pronto como sea administrativamente posible.

 **The Summary of Benefits and Coverage (SBC) document will help you choose a health plan. The SBC shows you how you and the plan would share the cost for covered health care services. NOTE: Information about the cost of this plan (called the premium) will be provided separately.**

This is only a summary. For more information about your coverage, or to get a copy of the complete terms of coverage, please call 1-800-662-5851. For general definitions of common terms, such as allowed amount, balance billing, coinsurance, copayment, deductible, provider, or other underlined terms see the Glossary. You can view the Glossary at <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> or call 1-800-662-5851 to request a copy.

Important Questions		Answers	Why this Matters:
What is the overall deductible?		For <u>participating providers</u> : \$0 For <u>non-participating providers</u> : \$0	See the Common Medical Events chart below for your costs for services this <u>plan</u> covers.
Are there services covered before you meet your deductible?		No.	You don't have to meet <u>deductibles</u> for specific services, but see the chart starting on page 2 for other costs for services this <u>plan</u> covers.
Are there other deductibles for specific services?		No.	You don't have to meet <u>deductibles</u> for specific services.
What is the out-of-pocket limit for this plan?		Not Applicable	This <u>plan</u> does not have an <u>out-of-pocket limit</u> on your expenses.
What is not included in the out-of-pocket limit?		Not Applicable	This <u>plan</u> does not have an <u>out-of-pocket limit</u> on your expenses.
Will you pay less if you use a network provider?		Yes. See www.emihealth.com or call 1-800-662-5851 for a list of <u>network providers</u> .	This <u>plan</u> uses a <u>provider network</u> . You will pay less if you use a <u>provider</u> in the <u>plan's network</u> . You will pay the most if you use an <u>out-of-network provider</u> , and you might receive a bill from a <u>provider</u> for the difference between the <u>provider's</u> charge and what your <u>plan</u> pays (<u>balance billing</u>). Be aware your <u>network provider</u> might use an <u>out-of-network provider</u> for some services (such as lab work). Check with your <u>provider</u> before you get services.
Do you need a referral to see a specialist?		No.	You can see the <u>specialist</u> you choose without a <u>referral</u> .

 All **copayment** and **coinsurance** costs shown in this chart are after your **deductible** has been met, if a **deductible** applies.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Participating Provider (You will pay the least)	Non-Participating Provider (You will pay the most)	
If you visit a health care provider's office or clinic	Primary care visit to treat an injury or illness	Not covered	Not covered	_____none_____
	Specialist visit	Not covered	Not covered	_____none_____
	<u>Preventive</u> care/ <u>screening/immunization</u>	No charge	Not covered	Coverage is limited to one visit per Year for some services. You may have to pay for services that aren't <u>preventive</u> . Ask your <u>provider</u> if the services needed are <u>preventive</u> . Then check what your <u>plan</u> will pay for.
If you have a test	<u>Diagnostic test</u> (x-ray, blood work)	Not covered	Not covered	_____none_____
	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	Not covered	Not covered	_____none_____
If you need drugs to treat your illness or condition More information about <u>prescription drug coverage</u> is available at www.emihealth.com .	Generic drugs	ACA <u>Preventive Care</u> Mandates - No charge All Others - Not covered	Not covered	Up to a 30-day supply (retail prescription) per <u>copay</u> ; up to a 90-day supply (mail order prescription) per <u>copay</u>
	Preferred brand drugs	ACA <u>Preventive Care</u> Mandates - No charge All Others - Not covered	Not covered	Up to a 30-day supply (retail prescription) per <u>copay</u> ; up to a 90-day supply (mail order prescription) per <u>copay</u>
	Non-preferred brand drugs	ACA <u>Preventive Care</u> Mandates - No charge All Others - Not covered	Not covered	Up to a 30-day supply (retail prescription) per <u>copay</u> ; up to a 90-day supply (mail order prescription) per <u>copay</u>
	Specialty drugs	Not covered	Not covered	_____N/A_____

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Participating Provider (You will pay the least)	Non-Participating Provider (You will pay the most)	
If you have outpatient surgery	Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)	Not covered	Not covered	____N/A____
	Physician/surgeon fees	Not covered	Not covered	____N/A____
If you need immediate medical attention	<u>Emergency room care</u>	Not covered	Not covered	____N/A____
	<u>Emergency medical transportation</u>	Not covered	Not covered	____N/A____
	<u>Urgent care</u>	Not covered	Not covered	____N/A____
If you have a hospital stay	Facility fee (e.g., hospital room)	Not covered	Not covered	____N/A____
	Physician/surgeon fee	Not covered	Not covered	____N/A____
If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services	Outpatient services	Not covered	Not covered	____N/A____
	Inpatient services	Not covered	Not covered	____N/A____
If you are pregnant	Office visits	Not covered	Not covered	Cost sharing does not apply to certain <u>preventive</u> services. Maternity care may include tests and services described elsewhere in the SBC (i.e. ultrasound).
	Childbirth/delivery professional services	Not covered	Not covered	
	Childbirth/delivery facility services	Not covered	Not covered	
If you need help recovering or have other special health needs	<u>Home health care</u>	Not covered	Not covered	____N/A____
	<u>Rehabilitation services</u>	Not covered	Not covered	____N/A____
	<u>Habilitation services</u>	Not covered	Not covered	____N/A____
	<u>Skilled nursing care</u>	Not covered	Not covered	____N/A____
	<u>Durable medical equipment</u>	Not covered	Not covered	____N/A____
	<u>Hospice services</u>	Not covered	Not covered	____N/A____

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Participating Provider (You will pay the least)	Non-Participating Provider (You will pay the most)	
If your child needs dental or eye care	Children's eye exam	Routine: No charge	Routine: Not covered	Limited to one <u>preventive</u> visit per Year.
		Non-routine: Not covered	Non-routine: Not covered	_____N/A_____
	Children's glasses	Not covered	Not covered	_____N/A_____
	Children's dental check-up	Not covered	Not covered	_____N/A_____

Excluded Services & Other Covered Services:

Services Your Plan Generally Does NOT Cover (Check your policy or plan document for more information and a list of any other excluded services.)		
• Acupuncture • Bariatric surgery • Chiropractic care • Cosmetic surgery • Dental care (Adult)	• Habilitation services • Hearing aids • Infertility treatment • Long-term care • Non-emergency care when traveling outside the U.S.	• Private-duty nursing • Routine foot care • Weight loss programs
Other Covered Services (Limitations may apply to these services. This isn't a complete list. Please see your plan document.)		
• Routine eye care (Adult)		

Your Rights to Continue Coverage: There are agencies that can help if you want to continue your coverage after it ends. The contact information for those agencies is: the plan at 1-800-662-5851, your state insurance department, the Department of Health and Human Services, Center for Consumer Information and Insurance Oversight at 1-877-267-2323 x61565 or www.ccio.cms.gov, or for plans subject to ERISA: the Department of Labor's Employee Benefits Administration at 1-866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform. Other coverage options may be available to you too, including buying individual insurance coverage through the Health Insurance Marketplace. For more information about the Marketplace, visit www.HealthCare.gov or call 1-800-318-2596.

Your Grievance and Appeals Rights: There are agencies that can help if you have a complaint against your plan for a denial of a claim. This complaint is called a grievance or appeal. For more information about your rights, look at the explanation of benefits you will receive for that medical claim. Your plan documents also provide complete information to submit a claim, appeal, or a grievance for any reason to your plan. For more information about your rights, this notice, or assistance, contact: EMI Health at 5101 South Commerce Drive, Murray Utah 84107, by phone at 801-662-5851 or toll free at 1-800-662-5851. You may also contact the Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-44-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform. **Does this plan provide Minimum Essential Coverage? Yes.**

Minimum Essential Coverage generally includes plans, health insurance available through the Marketplace or other individual market policies, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, and certain other coverage. If you are eligible for certain types of Minimum Essential Coverage, you may not be eligible for the premium tax credit.

Does this plan meet the Minimum Value Standards? No.

If your plan doesn't meet the Minimum Value Standards, you may be eligible for a premium tax credit to help you pay for a plan through the Marketplace.

To see examples of how this plan might cover costs for a sample medical situation, see the next page.

PRA Disclosure Statement: According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is **0938-1146**. The time required to complete this information collection is estimated to average **0.08** hours per response, including the time to review instructions, search existing data resources, gather the data needed, and complete and review the information collection. If you have comments concerning the accuracy of the time estimate(s) or suggestions for improving this form, please write to: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



This is not a cost estimator. Treatments shown are just examples of how this plan might cover medical care. Your actual costs will be different depending on the actual care you receive, the prices your providers charge, and many other factors. Focus on the cost sharing amounts (deductibles, copayments and coinsurance) and excluded services under the plan. Use this information to compare the portion of costs you might pay under different health plans. Please note these coverage examples are based on self-only coverage.

Peg is Having a Baby

(9 months of in-network pre-natal care and a hospital delivery)

- The plan's overall deductible \$0
- Specialist coinsurance 0%
- Hospital (facility) coinsurance 0%
- Other coinsurance 0%

This EXAMPLE event includes services like:

Specialist office visits (*prenatal care*)
 Childbirth/Delivery Professional Services
 Childbirth/Delivery Facility Services
Diagnostic tests (ultrasounds and blood work)
Specialist visit (anesthesia)

Total Example Cost	\$12,700
---------------------------	-----------------

In this example, Peg would pay:

Cost Sharing	
Deductibles	\$0
Copayments	\$0
Coinsurance	\$0
What isn't covered	
Limits or exclusions	\$12,600
The total Peg would pay is	\$12,600

Managing Joe's type 2 Diabetes

(a year of routine in-network care of a well-controlled condition)

- The plan's overall deductible \$0
- Specialist coinsurance 0%
- Hospital (facility) coinsurance 0%
- Other coinsurance 0%

This EXAMPLE event includes services like:

Primary care physician office visits (*including disease education*)
Diagnostic tests (blood work)
Prescription drugs
Durable medical equipment (glucose meter)

Total Example Cost	\$5,600
---------------------------	----------------

In this example, Joe would pay:

Cost Sharing	
Deductibles	\$0
Copayments	\$0
Coinsurance	\$0
What isn't covered	
Limits or exclusions	\$5,400
The total Joe would pay is	\$5,400

Mia's Simple Fracture

(in-network emergency room visit and follow up care)

- The plan's overall deductible \$0
- Specialist coinsurance 0%
- Hospital (facility) coinsurance 0%
- Other coinsurance 0%

This EXAMPLE event includes services like:

Emergency room care (*including medical supplies*)
Diagnostic test (x-ray)
Durable medical equipment (crutches)
Rehabilitation services (physical therapy)

Total Example Cost	\$2,800
---------------------------	----------------

In this example, Mia would pay:

Cost Sharing	
Deductibles	\$0
Copayments	\$0
Coinsurance	\$0
What isn't covered	
Limits or exclusions	\$2,800
The total Mia would pay is	\$2,800

The plan would be responsible for the other costs of these EXAMPLE covered services.

The Summary of Benefits and Coverage (SBC) document will help you choose a health plan. The SBC shows you how you and the plan would share the cost for covered health care services. NOTE: Information about the cost of this plan (called the premium) will be provided separately.

This is only a summary. For more information about your coverage, or to get a copy of the complete terms of coverage, please call 1-800-662-5851. For general definitions of common terms, such as allowed amount, balance billing, coinsurance, copayment, deductible, provider, or other underlined terms see the Glossary. You can view the Glossary at <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> or call 1-800-662-5851 to request a copy.

Important Questions		Answers	Why this Matters:
What is the overall deductible?		For <u>participating providers</u> : \$0 For <u>non-participating providers</u> : \$0	See the Common Medical Events chart below for your costs for services this plan covers.
Are there services covered before you meet your deductible?		No.	You don't have to meet <u>deductibles</u> for specific services, but see the chart starting on page 2 for other costs for services this plan covers.
Are there other deductibles for specific services?		No.	You don't have to meet <u>deductibles</u> for specific services.
What is the out-of-pocket limit for this plan?		Not Applicable	This plan does not have an <u>out-of-pocket limit</u> on your expenses.
What is not included in the out-of-pocket limit?		Not Applicable	This plan does not have an <u>out-of-pocket limit</u> on your expenses.
Will you pay less if you use a network provider?		Yes. See www.emihealth.com or call 1-800-662-5851 for a list of network providers.	This plan uses a <u>provider network</u> . You will pay less if you use a <u>provider</u> in the plan's network. You will pay the most if you use an <u>out-of-network provider</u> , and you might receive a bill from a <u>provider</u> for the difference between the <u>provider's</u> charge and what your plan pays (<u>balance billing</u>). Be aware your <u>network provider</u> might use an <u>out-of-network provider</u> for some services (such as lab work). Check with your <u>provider</u> before you get services.
Do you need a referral to see a specialist?		No.	You can see the <u>specialist</u> you choose without a <u>referral</u> .



All **copayment** and **coinsurance** costs shown in this chart are after your **deductible** has been met, if a **deductible** applies.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Participating Provider (You will pay the least)	Non-Participating Provider (You will pay the most)	
If you visit a health care provider's office or clinic	Primary care visit to treat an injury or illness	\$20 copay/ visit for the first 3 visits per year, then not covered	Not covered	Coverage is limited to three visits per Year
	Specialist visit	\$50 copay/ visit for the first 3 visits per year, then not covered	Not covered	Coverage is limited to three visits per Year
	Preventive care/screening/immunization	No charge	Not covered	Coverage is limited to one visit per Year for some services. You may have to pay for services that aren't preventive. Ask your provider if the services needed are preventive. Then check what your plan will pay for.
If you have a test	Diagnostic test (x-ray, blood work)	\$50 copay/ office or outpatient visit for the first 3 visits per year, then not covered Inpatient not covered	Not covered	Coverage is limited to three visits per Year
	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	\$250 copay for the first visit per year, then not covered	Not covered	Coverage is limited to one visit per Year. Requires preauthorization.
	Generic drugs	ACA Preventive Care Mandates - No charge All Others - 10% coinsurance	Not covered	Up to a 30-day supply (retail prescription) per copay; up to a 90-day supply (mail order prescription) per copay
If you need drugs to treat your illness or condition More information about prescription drug coverage is available at www.emihealth.com.	Preferred brand drugs	ACA Preventive Care Mandates - No charge All Others - 50% coinsurance	Not covered	Up to a 30-day supply (retail prescription) per copay; up to a 90-day supply (mail order prescription) per copay
	Non-preferred brand drugs	ACA Preventive Care Mandates - No charge All Others - Not covered	Not covered	Up to a 30-day supply (retail prescription) per copay; up to a 90-day supply (mail order prescription) per copay
	Specialty drugs	Not covered	Not covered	N/A

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Participating Provider (You will pay the least)	Non-Participating Provider (You will pay the most)	
If you have outpatient surgery	Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)	Not covered	Not covered	____N/A____
	Physician/surgeon fees	Not covered	Not covered	____N/A____
If you need immediate medical attention	<u>Emergency room care</u>	Not covered	Not covered	____N/A____
	<u>Emergency medical transportation</u>	Not covered	Not covered	____N/A____
	<u>Urgent care</u>	\$50 copay/ visit for the first 3 visits per year, then not covered	Not covered	Coverage is limited to three visits per Year
	Facility fee (e.g., hospital room)	Not covered	Not covered	____N/A____
If you have a hospital stay	Physician/surgeon fee	Not covered	Not covered	____N/A____
	Outpatient services	Not covered	Not covered	____N/A____
If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services	Inpatient services	Not covered	Not covered	____N/A____
	Office visits	Not covered	Not covered	____N/A____
If you are pregnant	Childbirth/delivery professional services	Not covered	Not covered	Cost sharing does not apply to certain preventive services. Maternity care may include tests and services described elsewhere in the SBC (i.e. ultrasound).
	Childbirth/delivery facility services	Not covered	Not covered	
	Home health care	Not covered	Not covered	____N/A____
If you need help recovering or have other special health needs	<u>Rehabilitation services</u>	Not covered	Not covered	____N/A____
	<u>Habilitation services</u>	Not covered	Not covered	____N/A____
	<u>Skilled nursing care</u>	Not covered	Not covered	____N/A____
	<u>Durable medical equipment</u>	Not covered	Not covered	____N/A____
	<u>Hospice services</u>	Not covered	Not covered	____N/A____

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Participating Provider (You will pay the least)	Non-Participating Provider (You will pay the most)	
If your child needs dental or eye care	Children's eye exam	Routine: No charge	Routine: Not covered	Limited to one <u>preventive</u> visit per Year.
		Non-routine: Not covered	Non-routine: Not covered	_____N/A_____
	Children's glasses	Not covered	Not covered	_____N/A_____
	Children's dental check-up	Not covered	Not covered	_____N/A_____

Excluded Services & Other Covered Services:

Services Your Plan Generally Does NOT Cover (Check your policy or plan document for more information and a list of any other excluded services.)		
• Acupuncture • Bariatric surgery • Chiropractic care • Cosmetic surgery • Dental care (Adult)	• Habilitation services • Hearing aids • Infertility treatment • Long-term care • Non-emergency care when traveling outside the U.S.	• Private-duty nursing • Routine foot care • Weight loss programs
Other Covered Services (Limitations may apply to these services. This isn't a complete list. Please see your plan document.)		
• Routine eye care (Adult)		

Your Rights to Continue Coverage: There are agencies that can help if you want to continue your coverage after it ends. The contact information for those agencies is: the plan at 1-800-662-5851, your state insurance department, the Department of Health and Human Services, Center for Consumer Information and Insurance Oversight at 1-877-267-2323 x61565 or www.ccio.cms.gov, or for plans subject to ERISA: the Department of Labor's Employee Benefits Administration at 1-866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform. Other coverage options may be available to you too, including buying individual insurance coverage through the Health Insurance Marketplace. For more information about the Marketplace, visit www.HealthCare.gov or call 1-800-318-2596.

Your Grievance and Appeals Rights: There are agencies that can help if you have a complaint against your plan for a denial of a claim. This complaint is called a grievance or appeal. For more information about your rights, look at the explanation of benefits you will receive for that medical claim. Your plan documents also provide complete information to submit a claim, appeal, or a grievance for any reason to your plan. For more information about your rights, this notice, or assistance, contact: EMI Health at 5101 South Commerce Drive, Murray Utah 84107, by phone at 801-662-5851 or toll free at 1-800-662-5851. You may also contact the Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-44-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform. **Does this plan provide Minimum Essential Coverage? Yes.**

Minimum Essential Coverage generally includes plans, health insurance available through the Marketplace or other individual market policies, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, and certain other coverage. If you are eligible for certain types of Minimum Essential Coverage, you may not be eligible for the premium tax credit.

Does this plan meet the Minimum Value Standards? No.

If your plan doesn't meet the Minimum Value Standards, you may be eligible for a premium tax credit to help you pay for a plan through the Marketplace.

To see examples of how this plan might cover costs for a sample medical situation, see the next page.

PRA Disclosure Statement: According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is **0938-1146**. The time required to complete this information collection is estimated to average **0.08** hours per response, including the time to review instructions, search existing data resources, gather the data needed, and complete and review the information collection. If you have comments concerning the accuracy of the time estimate(s) or suggestions for improving this form, please write to: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



This is not a cost estimator. Treatments shown are just examples of how this plan might cover medical care. Your actual costs will be different depending on the actual care you receive, the prices your providers charge, and many other factors. Focus on the cost sharing amounts (deductibles, copayments and coinsurance) and excluded services under the plan. Use this information to compare the portion of costs you might pay under different health plans. Please note these coverage examples are based on self-only coverage.

Peg is Having a Baby

(9 months of in-network pre-natal care and a hospital delivery)

- The plan's overall deductible \$0
- Specialist copayment \$50
- Hospital (facility) coinsurance 0%
- Other coinsurance 0%

This EXAMPLE event includes services like:

Specialist office visits (*prenatal care*)
 Childbirth/Delivery Professional Services
 Childbirth/Delivery Facility Services
Diagnostic tests (ultrasounds and blood work)
Specialist visit (anesthesia)

Total Example Cost	\$12,700
---------------------------	-----------------

In this example, Peg would pay:

Cost Sharing	
Deductibles	\$0
Copayments	\$200
Coinsurance	\$0
What isn't covered	
Limits or exclusions	\$11,300
The total Peg would pay is	\$11,500

Managing Joe's type 2 Diabetes

(a year of routine in-network care of a well-controlled condition)

- The plan's overall deductible \$0
- Specialist copayment \$50
- Hospital (facility) coinsurance 0%
- Other coinsurance 0%

This EXAMPLE event includes services like:

Primary care physician office visits (*including disease education*)
Diagnostic tests (blood work)
Prescription drugs
Durable medical equipment (glucose meter)

Total Example Cost	\$5,600
---------------------------	----------------

In this example, Joe would pay:

Cost Sharing	
Deductibles	\$0
Copayments	\$300
Coinsurance	\$1,300
What isn't covered	
Limits or exclusions	\$200
The total Joe would pay is	\$1,800

Mia's Simple Fracture

(in-network emergency room visit and follow up care)

- The plan's overall deductible \$0
- Specialist copayment \$50
- Hospital (facility) coinsurance 0%
- Other coinsurance 0%

This EXAMPLE event includes services like:

Emergency room care (*including medical supplies*)
Diagnostic test (x-ray)
Durable medical equipment (crutches)
Rehabilitation services (physical therapy)

Total Example Cost	\$2,800
---------------------------	----------------

In this example, Mia would pay:

Cost Sharing	
Deductibles	\$0
Copayments	\$100
Coinsurance	\$0
What isn't covered	
Limits or exclusions	\$2,600
The total Mia would pay is	\$2,700

The plan would be responsible for the other costs of these EXAMPLE covered services.

! The Summary of Benefits and Coverage (SBC) document will help you choose a health plan. The SBC shows you how you and the plan would share the cost for covered health care services. NOTE: Information about the cost of this plan (called the premium) will be provided separately.

This is only a summary. For more information about your coverage, or to get a copy of the complete terms of coverage, please call 1-800-662-5851. For general definitions of common terms, such as allowed amount, balance billing, coinsurance, copayment, deductible, provider, or other underlined terms see the Glossary. You can view the Glossary at <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> or call 1-800-662-5851 to request a copy.

Important Questions	Answers	Why this Matters:
What is the overall deductible?	For participating providers: \$6,500 person / \$13,000 family for calendar year For non-participating providers: \$13,000 person / \$26,000 family for calendar year	Generally, you must pay all of the costs from providers up to the deductible amount before this plan begins to pay. If you have other family members on the plan, each family member must meet their own individual deductible until the total amount of deductible expenses paid by all family members meets the overall family deductible.
Are there services covered before you meet your deductible?	Yes. Preventive care, prescription drugs, and office visits are covered before you meet your deductible.	This plan covers some items and services even if you haven't yet met the deductible amount. But a copayment or coinsurance may apply. For example, this plan covers certain preventive services without cost-sharing and before you meet your deductible. See a list of covered preventive services at https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
Are there other deductibles for specific services?	No.	You don't have to meet deductibles for specific services.
What is the out-of-pocket limit for this plan?	For participating providers: \$8,500 person / \$17,000 family For non-participating providers: \$17,000 person / \$34,000 family	The out-of-pocket limit is the most you could pay in a year for covered services. If you have other family members in this plan, they have to meet their own out-of-pocket limits until the overall family out-of-pocket limit has been met.
What is not included in the out-of-pocket limit?	Premiums, balance-billed charges, health care this plan doesn't cover, Additional Benefits, certain specialty pharmacy drugs, and penalties for failure to obtain preauthorization for services	Even though you pay these expenses, they don't count toward the out-of-pocket limit.
Will you pay less if you use a network provider?	Yes. See www.emihealth.com or call 1-800-662-5851 for a list of network providers.	This plan uses a provider network. You will pay less if you use a provider in the plan's network. You will pay the most if you use an out-of-network provider, and you might receive a bill from a provider for the difference between the provider's charge and what your plan pays (balance billing). Be aware your network provider might use an out-of-network provider for some services (such as lab work). Check with your provider before you get services.
Do you need a referral to see a specialist?	No.	You can see the specialist you choose without a referral.



All **copayment** and **coinsurance** costs shown in this chart are after your **deductible** has been met, if a **deductible** applies.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Participating Provider (You will pay the least)	Non-Participating Provider (You will pay the most)	
If you visit a health care provider's office or clinic	Primary care visit to treat an injury or illness	Tier 1- \$10, Tier 2- \$40 copay/visit; deductible does not apply	50% coinsurance	none
	Specialist visit	Tier 1- \$20, Tier 2- \$75 copay/visit; deductible does not apply	50% coinsurance	none
	Preventive care/screening/immunization	No charge; deductible does not apply	Not covered	Coverage is limited to one visit per Year for some services. You may have to pay for services that aren't <u>preventive</u> . Ask your provider if the services needed are <u>preventive</u> . Then check what your <u>plan</u> will pay for.
If you have a test	Diagnostic test (x-ray, blood work)	No charge/ office visit; deductible does not apply No charge/ outpatient visit; deductible does not apply No charge after deductible/inpatient services	50% coinsurance	none
	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	No charge after deductible	50% coinsurance	Requires <u>preauthorization</u>

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Participating Provider (You will pay the least)	Non-Participating Provider (You will pay the most)	
If you need drugs to treat your illness or condition More information about <u>prescription drug coverage</u> is available at www.emihealth.com .	Generic drugs	\$20 <u>copay</u> / prescription Retail \$50 <u>copay</u> / prescription Mail Order	Not covered	Up to a 30-day supply (retail prescription) per <u>copay</u> ; up to a 90-day supply (mail order prescription) per <u>copay</u>
	Preferred brand drugs	\$75 <u>copay</u> / prescription Retail \$190 <u>copay</u> / prescription Mail Order	Not covered	Up to a 30-day supply (retail prescription) per <u>copay</u> ; up to a 90-day supply (mail order prescription) per <u>copay</u>
	Non-preferred brand drugs	\$150 <u>copay</u> / prescription Retail \$375 <u>copay</u> / prescription Mail Order	Not covered	Up to a 30-day supply (retail prescription) per <u>copay</u> ; up to a 90-day supply (mail order prescription) per <u>copay</u>
	<u>Specialty drugs</u>	Generic - 25% <u>coinsurance</u> (\$150 maximum <u>copay</u> / prescription) Preferred - 25% <u>coinsurance</u> (\$250 maximum <u>copay</u> / prescription) Non-Preferred - 30% <u>coinsurance</u> (\$500 maximum <u>copay</u> / prescription)	Not covered	Covers up to a 90-day supply (mail order prescription) per <u>copay</u> . The cost of certain drugs (though reimbursed by the manufacturer at no cost to you) will not be applied towards your <u>out-of-pocket limit</u> . See http://emihealth.com/pdf/saveon.pdf for details.
If you have outpatient surgery	Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)	No charge after <u>deductible</u>	50% <u>coinsurance</u>	Some procedures require <u>preauthorization</u>
	Physician/surgeon fees	No charge after <u>deductible</u>	50% <u>coinsurance</u>	_____none_____
If you need immediate medical attention	<u>Emergency room care</u>	No charge after <u>deductible</u>	No charge after <u>deductible</u>	_____none_____
	<u>Emergency medical transportation</u>	20% <u>coinsurance</u>	20% <u>coinsurance</u>	_____none_____
	<u>Urgent care</u>	\$100 <u>copay</u> / visit; <u>deductible</u> does not apply	50% <u>coinsurance</u>	_____none_____
If you have a hospital stay	Facility fee (e.g., hospital room)	No charge after <u>deductible</u>	50% <u>coinsurance</u>	Requires <u>preauthorization</u>
	Physician/surgeon fee	No charge after <u>deductible</u>	50% <u>coinsurance</u>	_____none_____

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Participating Provider (You will pay the least)	Non-Participating Provider (You will pay the most)	
If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services	Outpatient services	Tier 1- \$10, Tier 2- \$40 copay/ office visit; deductible does not apply and no charge after deductible other outpatient services	50% coinsurance	Medications for substance abuse not covered
	Inpatient services	No charge after deductible	50% coinsurance	Requires preauthorization
If you are pregnant	Office visits	No charge after deductible	50% coinsurance	Cost sharing does not apply for preventive services. Depending on the type of services, a copayment or coinsurance may apply. Maternity care may include tests and services described elsewhere in the SBC (i.e. ultrasound).
	Childbirth/delivery professional services	No charge after deductible	50% coinsurance	
	Childbirth/delivery facility services	No charge after deductible	50% coinsurance	
	Home health care	No charge after deductible	50% coinsurance	
If you need help recovering or have other special health needs	Rehabilitation services	Tier 1- \$10, Tier 2- \$40 copay/ office and outpatient visit; deductible does not apply and no charge after deductible other inpatient services	50% coinsurance	Coverage limited to 20 outpatient visits per injury/illness and 40 inpatient days per Year.
	Habilitation services	Not covered	Not covered	____N/A____
	Skilled nursing care	No charge after deductible	50% coinsurance	Coverage limited to 30 days per Year. Admission must be within 5 days of a discharge from Hospital Confinement.
	Durable medical equipment	No charge after deductible	50% coinsurance	Requires preauthorization
	Hospice services	No charge after deductible	50% coinsurance	____none____
If your child needs dental or eye care		Routine: No charge; deductible does not apply	Routine: Not covered	Limited to one preventive visit per Year.
	Children's eye exam	Non-routine: \$75 copay/ visit; deductible does not apply	Non-routine: 50% coinsurance	____none____
	Children's glasses	Not covered	Not covered	____N/A____
	Children's dental check-up	Not covered	Not covered	____N/A____

Excluded Services & Other Covered Services:

Services Your Plan Generally Does NOT Cover (Check your policy or plan document for more information and a list of any other excluded services.)	
● Acupuncture	● Rehabilitation services
● Bariatric surgery	● Infertility treatment
● Cosmetic surgery	● Long-term care
● Dental care (Adult)	● Private-duty nursing
	● Routine foot care
	● Weight loss programs

Other Covered Services (Limitations may apply to these services. This isn't a complete list. Please see your plan document.)	
● Chiropractic care (20 visits per year)	● Non-emergency care when traveling outside the U.S.
● Hearing aids (\$2,500 per year)	● Routine eye care (Adult) (1 visit per year)

Your Rights to Continue Coverage: There are agencies that can help if you want to continue your coverage after it ends. The contact information for those agencies is: the plan at 1-800-662-5851, your state insurance department, the Department of Health and Human Services, Center for Consumer Information and Insurance Oversight at 1-877-267-2323 x61565 or www.ccio.cms.gov, or for plans subject to ERISA: the Department of Labor's Employee Benefits Administration at 1-866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform. Other coverage options may be available to you too, including buying individual insurance coverage through the Health Insurance Marketplace. For more information about the Marketplace, visit www.HealthCare.gov or call 1-800-318-2596.

Your Grievance and Appeals Rights: There are agencies that can help if you have a complaint against your plan for a denial of a claim. This complaint is called a grievance or appeal. For more information about your rights, look at the explanation of benefits you will receive for that medical claim. Your plan documents also provide complete information to submit a claim, appeal, or a grievance for any reason to your plan. For more information about your rights, this notice, or assistance, contact: EMI Health at 5101 South Commerce Drive, Murray Utah 84107, by phone at 801-662-5851 or toll free at 1-800-662-5851. You may also contact the Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-44-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform.

Does this plan provide Minimum Essential Coverage? Yes.

Minimum Essential Coverage generally includes plans, health insurance available through the Marketplace or other individual market policies, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, and certain other coverage. If you are eligible for certain types of Minimum Essential Coverage, you may not be eligible for the premium tax credit.

Does this plan meet the Minimum Value Standards? Yes.

If your plan doesn't meet the Minimum Value Standards, you may be eligible for a premium tax credit to help you pay for a plan through the Marketplace.

To see examples of how this plan might cover costs for a sample medical situation, see the next page.

PRA Disclosure Statement: According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is 0938-1146. The time required to complete this information collection is estimated to average 0.08 hours per response, including the time to review instructions, search existing data resources, gather the data needed, and complete and review the information collection. If you have comments concerning the accuracy of the time estimate(s) or suggestions for improving this form, please write to: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



This is not a cost estimator. Treatments shown are just examples of how this plan might cover medical care. Your actual costs will be different depending on the actual care you receive, the prices your providers charge, and many other factors. Focus on the cost sharing amounts (deductibles, copayments and coinsurance) and excluded services under the plan. Use this information to compare the portion of costs you might pay under different health plans. Please note these coverage examples are based on self-only coverage.

Peg is Having a Baby

(9 months of in-network pre-natal care and a hospital delivery)

■ The plan's overall deductible	\$6,500
■ Specialist copayment	\$75
■ Hospital (facility) coinsurance	0%
■ Other coinsurance	0%

This EXAMPLE event includes services like:

Specialist office visits (*prenatal care*)
 Childbirth/Delivery Professional Services
 Childbirth/Delivery Facility Services
Diagnostic tests (*ultrasounds and blood work*)
Specialist visit (*anesthesia*)

Total Example Cost	\$12,700
---------------------------	-----------------

In this example, Peg would pay:

Cost Sharing	
Deductibles	\$6,500
Copayments	\$10
Coinsurance	\$0
What isn't covered	
Limits or exclusions	\$60
The total Peg would pay is	\$6,570

Managing Joe's type 2 Diabetes

(a year of routine in-network care of a well-controlled condition)

■ The plan's overall deductible	\$6,500
■ Specialist copayment	\$75
■ Hospital (facility) coinsurance	0%
■ Other coinsurance	0%

This EXAMPLE event includes services like:

Primary care physician office visits (*including disease education*)
Diagnostic tests (*blood work*)
Prescription drugs
Durable medical equipment (*glucose meter*)

Total Example Cost	\$5,600
---------------------------	----------------

In this example, Joe would pay:

Cost Sharing	
Deductibles	\$0
Copayments	\$2,200
Coinsurance	\$0
What isn't covered	
Limits or exclusions	\$70
The total Joe would pay is	\$2,270

Mia's Simple Fracture

(in-network emergency room visit and follow up care)

■ The plan's overall deductible	\$6,500
■ Specialist copayment	\$75
■ Hospital (facility) coinsurance	0%
■ Other coinsurance	0%

This EXAMPLE event includes services like:

Emergency room care (*including medical supplies*)
Diagnostic test (*x-ray*)
Durable medical equipment (*crutches*)
Rehabilitation services (*physical therapy*)

Total Example Cost	\$2,800
---------------------------	----------------

In this example, Mia would pay:

Cost Sharing	
Deductibles	\$2,200
Copayments	\$200
Coinsurance	\$0
What isn't covered	
Limits or exclusions	\$0
The total Mia would pay is	\$2,400

The plan would be responsible for the other costs of these EXAMPLE covered services.

Derechos de inscripción especiales de HIPAA

Si rechaza la inscripción para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a otra cobertura de seguro de salud, es posible que en el futuro pueda inscribirse usted o inscribir a sus dependientes en este plan, siempre que solicite la inscripción dentro de los 30 días posteriores a que finalice su otra cobertura.

Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, es posible que pueda inscribirse usted y sus dependientes, siempre que solicite la inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Si desea obtener más información, consulte la Descripción resumida del plan o comuníquese con Recursos Humanos en HR@american-stucco.com.

También podría inscribirse usted y sus dependientes si usted o sus dependientes dejan de ser elegibles para Medicaid o un Programa Estatal de Seguro Médico para Niños (CHIP), o si usted o sus dependientes adquieren elegibilidad para la asistencia con las primas de Medicaid o CHIP. Debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la pérdida de la cobertura de Medicaid/CHIP o dentro de los 60 días posteriores a la obtención de la elegibilidad para la asistencia con las primas.

Avisos de privacidad de HIPAA

Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede acceder a ella. Por favor, revíselo detenidamente.

Tienes derecho a:

- Obtenga una copia de sus registros de salud y reclamaciones
- Corrija sus registros de salud y reclamaciones
- Solicitar comunicación confidencial
- Pídanos que limitemos la información que compartimos
- Obtenga una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información
- Obtenga una copia de este aviso de privacidad
- Elige a alguien que actúe por ti
- Presente una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad.

Tiene algunas opciones sobre la forma en que usamos y compartimos información como:

- Responda las preguntas de cobertura de sus familiares y amigos.
- Proporcionar socorro en caso de desastre
- Comercializar nuestros servicios y vender su información

Podemos usar y compartir su información como:

- Ayudar a administrar el tratamiento de atención médica que recibe
- Dirigir nuestra organización
- Pague sus servicios de salud
- Administrar su plan de salud
- Ayuda con cuestiones de salud y seguridad pública
- Investigar
- Consentir con ley
- Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un médico forense o un director de funeraria.
- Abordar las solicitudes de compensación laboral, cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales.
- Responder a demandas y acciones legales

En lo que respecta a su información médica, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

Obtenga una copia de los registros de salud y reclamaciones

- Puede solicitar ver u obtener una copia de su historial médico y de reclamaciones, así como de otra información médica que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de su historial médico y de reclamaciones, generalmente dentro de los 30 días siguientes a su solicitud. Podríamos cobrarle una tarifa razonable basada en el costo.
- Pídanos que corrijamos registros de salud y reclamaciones
- Puede solicitarnos que corrijamos sus registros médicos y de reclamaciones si considera que son incorrectos o están incompletos. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos decir “no” a su solicitud, pero le diremos por qué por escrito dentro de los 60 días.
- Solicitar comunicaciones confidenciales
- Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono de casa o de la oficina) o que le enviemos correo a una dirección diferente.
- Consideraremos todas las solicitudes razonables y debemos decir “sí” si nos dice que estaría en peligro si no lo hacemos.
- Pídanos que limitemos lo que usamos o compartimos
- Puede solicitarnos que no usemos ni compartamos cierta información de salud para tratamientos, pagos o nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos decir “no” si esto afectara su atención.
- Obtenga una lista de aquellos con quienes hemos compartido información
- Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información de salud durante los seis años anteriores a la fecha de la solicitud, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos toda la información divulgada, excepto la relacionada con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, así como otras divulgaciones (como las que nos haya solicitado). Le proporcionaremos un informe anual gratuito, pero le cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otro en un plazo de 12 meses.

Obtenga una copia de este aviso de privacidad

- Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibirlo electrónicamente. Le proporcionaremos una copia impresa a la brevedad.
- Elige a alguien que actúe por ti
- Si le ha otorgado a alguien un poder médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.
- Presentar una queja si considera que se han violado sus derechos
- Puede presentar una queja si considera que hemos violado sus derechos comunicándose con nosotros a HR@american-stucco.com.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C., 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.
- Para cierta información de salud, puede indicarnos sus opciones sobre lo que compartimos. Si usted
- tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, hable
- Para nosotros. Díganos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.
- En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de decirnos que:
- Comparta información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su
- cuidado
- Compartir información en una situación de socorro ante desastres
- Si no puede indicarnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podremos compartir su información si consideramos que es lo mejor para usted. También podremos compartirla cuando sea necesario para mitigar una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.

En estos casos nunca compartimos su información a menos que nos dé permiso por escrito:

- Fines de marketing
- Venta de su información

Normalmente usamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras.

Ayudar a administrar el tratamiento de atención médica que recibe

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

- Dirigir nuestra organización
- Podemos usar y divulgar su información para administrar nuestra organización y comunicarnos con usted cuando sea necesario.
- No podemos utilizar información genética para decidir si le otorgaremos cobertura ni el precio de la misma. Esto no se aplica a los planes de cuidados a largo plazo.
- Ejemplo: Utilizamos su información de salud para desarrollar mejores servicios para usted.

- Pague sus servicios de salud
- Podemos usar y divulgar su información médica a medida que pagamos sus servicios de salud.
- Ejemplo: Compartimos información sobre usted con su plan dental para coordinar el pago de su trabajo dental.

- Administra tu plan
- Podemos divulgar su información de salud al patrocinador de su plan de salud para la administración del plan.
- Ejemplo: Su empresa contrata con nosotros para proporcionarle un plan de salud y nosotros le proporcionamos a su empresa ciertas estadísticas para explicar las primas que cobramos.

Se nos permite o se nos exige compartir su información de otras maneras, generalmente para contribuir al bien común, como la salud pública y la investigación. Debemos cumplir con numerosas condiciones legales antes de poder compartir su información para estos fines. Para más información, consulte: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Ayuda con cuestiones de salud y seguridad pública Podemos compartir información de salud sobre usted en situaciones como:

- Prevención de enfermedades
- Ayuda con las retiradas de productos
- Notificación de reacciones adversas a medicamentos
- Denunciar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona
- Investigar
- Podemos utilizar o compartir su información para investigaciones en salud.
- Consentir con ley
- Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales así lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si desea comprobar que cumplimos con la ley federal de privacidad.
- Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un médico forense o un director de funeraria.
- Podemos compartir información de salud sobre usted con organizaciones de obtención de órganos.
- Podemos compartir información de salud con un forense, un médico forense o un director de funeraria cuando una persona muere.
- Abordar las solicitudes de compensación laboral, cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales.
- Podemos usar o compartir información de salud sobre usted:
 - Para reclamos de compensación laboral
 - Para fines de aplicación de la ley o con un funcionario encargado de hacer cumplir la ley
 - Con los organismos de supervisión sanitaria para actividades autorizadas por la ley
 - Para funciones gubernamentales especiales, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial.

Responder a demandas y acciones legales

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

Nuestras responsabilidades

- La ley nos exige mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos rápidamente si ocurre una violación que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir con los deberes y prácticas de privacidad descritas en este aviso y entregarle una copia del mismo.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de forma distinta a la descrita aquí, a menos que nos lo indique por escrito. Si nos lo indica, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Infórmenos por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información, consulte:

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

Avisos de privacidad de HIPAA de Arizona

Este aviso describe cómo su información personal y médica que usted nos proporciona puede ser utilizada y divulgada y cómo usted puede obtener acceso a esta información, por favor revíselo cuidadosamente.

Prácticas de confidencialidad

El Departamento de Seguridad Económica de Arizona (DES) se compromete a proteger su Información de Identificación Personal (PII) e Información Médica Protegida (PHI). Este aviso explica cómo el DES usará, compartirá y protegerá su PII y PHI. También explica sus derechos a la privacidad de su PII y PHI, según lo exige la ley. El DES puede modificar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El aviso revisado se publicará en nuestro sitio web y se le proporcionará si lo solicita.

- Recopilación, almacenamiento y eliminación de información personal identificable (PII) y de salud protegida (PHI)

El DES y sus programas identificarán y recopilarán los datos mínimos de PII y PHI relevantes y necesarios para llevar a cabo las funciones comerciales que legalmente le corresponden. Revisarán anualmente el uso de los datos de PII y PHI para garantizar que solo se recopilen y almacenen los necesarios para fines comerciales. Su PII y PHI se almacenarán en nuestros sistemas informáticos y archivos impresos, si es necesario, de acuerdo con las leyes estatales y federales de retención de datos. El acceso a estos sistemas informáticos está restringido según las funciones y el rol de cada persona dentro de la organización.

Usos, intercambio y protección de información personal identificable (PII) y de información médica protegida (PHI)

La ley solo permite que nuestro personal use su información personal identificable (PII) y protegida (PHI) en el desempeño de su trabajo o que comparta su información cuando sea necesario para el funcionamiento del programa. Cuando se comparte su PII y PHI con otras agencias u organizaciones, el DES les exige que mantengan la confidencialidad de la misma. Su PHI se compartirá para aprobar o rechazar un tratamiento y para determinar si está recibiendo el tratamiento médico adecuado. Por ejemplo, los médicos y enfermeros de los programas pueden revisar el plan de tratamiento que su proveedor de atención médica le haya preparado para asegurarse de que la atención que recibe sea médicamente necesaria.

El programa utilizará y compartirá su PHI sin autorización para:

- Realice pagos a sus proveedores de atención médica por los servicios médicos que le brindaron.
 - Coordine el pago de su atención entre el programa, otros planes de salud y otras compañías de seguros que puedan ser responsables del costo de su atención.
 - Coordine su atención entre el programa, otros planes de salud y proveedores de atención médica para mejorar la calidad de su atención médica.
 - Evalúe el desempeño de su proveedor de atención médica. Por ejemplo, el programa contrata consultores para revisar los historiales médicos de hospitales y otros centros y verificar la calidad de la atención que recibió.
 - Divulgar información a sus abogados, contadores y consultores para que el programa funcione de manera eficiente y para detectar y procesar el fraude y el abuso del programa.
 - Enviarle información útil, como actualizaciones de beneficios del programa, exámenes médicos gratuitos e información de protección al consumidor.
 - Compartir información con otras agencias gubernamentales u organizaciones que brinden beneficios o servicios cuando la información sea necesaria para que usted reciba dichos beneficios o servicios.
-
- El programa puede divulgar su PHI sin autorización:
 - A agencias de salud pública para actividades tales como control y prevención de enfermedades, problemas con productos médicos o medicamentos.
 - Si usted es víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica.
 - A las agencias de supervisión de salud responsables del Programa de Medicaid, como el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. y su Oficina de Derechos Civiles.
 - En procesos judiciales o audiencias judiciales y administrativas cuando así lo requiera la ley para ejecutar el programa.
 - A los médicos forenses, legistas y directores de funerarias para que puedan realizar su trabajo como lo exige la ley.
 - A las organizaciones involucradas con la donación y trasplante de órganos y enfermedades transmisibles.
 - registros y registros de cáncer.
 - A las entidades autorizadas para realizar un proyecto de investigación.
 - Para prevenir una amenaza grave a la salud y seguridad de una persona o del público.
 - A los militares, si usted es o ha sido miembro de las fuerzas armadas.

A un centro penitenciario o a funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para mantener la salud, la seguridad y

- seguridad de los sistemas penitenciarios, si se encuentra detenido.
- A los programas de compensación laboral que brindan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo
- Sin tener en cuenta la culpa.
- A las agencias de seguridad nacional, de inteligencia o de aplicación de la ley, y para proteger la
- Presidente y otros según lo requiera la ley.

Cualquier otro uso o divulgación se realizará únicamente con su autorización por escrito. Estos pueden incluir:

- La mayoría de los usos y divulgaciones de sus notas de psicoterapia requerirán su autorización.
- Cualquier uso o divulgación con fines de marketing requerirá su autorización.
- Cualquier uso o divulgación que constituya una venta de su información requerirá su autorización.

Sus otros derechos con respecto a su información personal identificable (PII) y su información médica protegida (PHI) incluyen el derecho a:

- Consulte y obtenga copias de sus registros. Es posible que se le cobre una tarifa por el costo de copiarlos.
- Solicite la modificación o corrección de sus registros si considera que hay algún error. Debe justificar su solicitud.
- Reciba una lista de divulgaciones. Esta lista no incluirá las veces que se divulgó información para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica amparadas por la ley. La lista no incluirá información proporcionada directamente a usted o a su familia, ni información enviada con su autorización.
- Restrinja aún más el uso y la divulgación de su información personal identificable (PII) y protegida contra la salud (PHI). Debe informar al DES qué información desea limitar y a quiénes desea que se apliquen las limitaciones. El DES no está obligado a aceptar la restricción.
- Cancelar las autorizaciones que usted haya otorgado previamente al DES. Sin embargo, esta cancelación no afectará la información ya compartida.
- Recibir una notificación por escrito en caso de una violación de su información protegida.
- Elija cómo el programa se comunica con usted de una determinada manera o en un lugar determinado.

Optar por no recibir comunicaciones de recaudación de fondos.

- Presente una queja si no está de acuerdo con cómo DES ha utilizado o divulgado información sobre usted.
- Reciba una copia impresa de este aviso en cualquier momento.

CUALQUIER SOLICITUD QUE HAGA A DES DEBE SER POR ESCRITO

Cómo contactar al DES con respecto a sus derechos de privacidad:

- **Envíe todos los formularios escritos, solicitudes y correspondencia a:**
 - **Su oficina local del DES**
- **El Oficial de Privacidad puede denegar su solicitud de revisar, copiar o modificar sus registros. Si el DES deniega su solicitud, le enviará una carta explicándole el motivo de la denegación y si puede solicitar una revisión de dicha denegación.**

Para presentar una queja

- Puede presentar una queja ante el DES o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles:
- (No se tomarán represalias contra usted por presentar una queja)
- Enviar correspondencia a:
 - Su Departamento de Seguridad local
 - O
 - Para quejas de HIPAA relacionadas con PHI
 - Departamento de Salud y Servicios Humanos
200 Avenida Independencia, SO
Edificio HHH, Sala 509F
Washington, D.C. 20201
 - Para quejas sobre privacidad relacionadas con PHI
 - Oficial de la Ley de Privacidad del HHS
200 Avenida Independencia, SO
Edificio HHH - Suite 729H
Washington, D.C. 20201
 - Para más información
 - Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o necesita más información, comuníquese con el Oficial de Privacidad del DES. El DES puede modificar su Aviso de Prácticas de Privacidad. Cualquier cambio se aplicará a la información que el DES ya posee, así como a cualquier información que el DES pueda obtener en el futuro. Se publicará una copia de cualquier nuevo aviso en la Oficina de Administración de HIPAA del DES, así como en su sitio web. Puede solicitar una copia del aviso en cualquier momento o consultarla en línea en <http://des.az.gov/>

Derechos de cobertura continua bajo COBRA

Introducción

Recibe este aviso porque recientemente obtuvo cobertura bajo un plan de salud grupal (el Plan). Este aviso contiene información importante sobre su derecho a la continuación de la cobertura bajo COBRA, que es una extensión temporal de la cobertura bajo el Plan. Este aviso explica la continuación de la cobertura bajo COBRA, cuándo podría estar disponible para usted y su familia, y qué debe hacer para proteger su derecho a obtenerla. Cuando sea elegible para COBRA, también podría ser elegible para otras opciones de cobertura que pueden ser más económicas.

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 disponible para usted y otros miembros de su familia cuando la cobertura médica grupal finalizaría. Para obtener más información sobre sus derechos y obligaciones bajo el Plan y bajo la ley federal, consulte la Descripción Resumida del Plan o comuníquese con el Administrador del Plan.

Es posible que tenga otras opciones disponibles cuando pierda su cobertura médica grupal. Por ejemplo, podría ser elegible para adquirir un plan individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Al inscribirse en la cobertura a través del Mercado, podría calificar para primas mensuales más bajas y gastos de bolsillo más bajos. Además, podría calificar para un período especial de inscripción de 30 días para otro plan médico grupal para el que sea elegible (como el plan de su cónyuge), incluso si ese plan generalmente no acepta inscripciones tardías.

¿Qué es la cobertura de continuación de COBRA?

La continuación de la cobertura COBRA es la continuación de la cobertura del Plan cuando, de otro modo, finalizaría debido a un evento vital. Esto también se denomina "evento habilitante". Los eventos habilitantes específicos se detallan más adelante en este aviso. Después de un evento habilitante, la continuación de la cobertura COBRA debe ofrecerse a cada persona que sea "beneficiario calificado". Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios calificados si la cobertura del Plan se pierde debido al evento habilitante. Bajo el Plan, los beneficiarios calificados que eligen la continuación de la cobertura COBRA deben pagarla.

Si eres empleado, te convertirás en beneficiario calificado si pierdes tu cobertura bajo el Plan debido a los siguientes eventos que califican:

- Sus horas de trabajo se reducen, o
- Su empleo termina por cualquier motivo que no sea una mala conducta grave.

Si usted es el cónyuge de un empleado, se convertirá en beneficiario calificado si pierde su cobertura bajo el Plan debido a los siguientes eventos que califican:

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

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

- El padre/madre empleado fallece;
- Se reducen las horas de trabajo del padre o madre que también es empleado/a;
- El empleo del padre-empleado termina por cualquier motivo que no sea su mala conducta grave;
- El padre/madre empleado/a adquiere el derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas);
- Los padres se divorcian o se separan legalmente; o
- El niño deja de ser elegible para la cobertura del Plan como "hijo dependiente".

¿Cuándo está disponible la cobertura de continuación COBRA?

El Plan ofrecerá cobertura COBRA a los beneficiarios que cumplan los requisitos solo después de que el Administrador del Plan haya sido notificado de que se ha producido un evento que da derecho a dicha cobertura. El empleador debe notificar al Administrador del Plan los siguientes eventos que dan derecho a dicha cobertura:

- La finalización de la relación de trabajo o la reducción de la jornada laboral;
- Muerte del trabajador; o
- El empleado adquiere derecho a los beneficios de Medicare (según la Parte A, la Parte B o ambas).

Para todos los demás eventos calificados (divorcio o separación legal del empleado y su cónyuge o pérdida de la elegibilidad de un hijo dependiente para la cobertura como hijo dependiente), debe notificar al Administrador del Plan por correo electrónico a HR@american-stucco.com dentro de los 60 días posteriores a que ocurra el evento calificado.

¿Cómo se proporciona la cobertura de continuación de COBRA?

Una vez que el Administrador del Plan reciba la notificación de un evento que califica, se ofrecerá la continuación de la cobertura COBRA a cada uno de los beneficiarios calificados. Cada beneficiario calificado tendrá derecho independiente a elegir la continuación de la cobertura 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 de la relación laboral o la reducción de horas de trabajo. Ciertos eventos habilitantes, o un segundo evento habilitante durante el período inicial de cobertura, pueden permitir que un beneficiario reciba un máximo de 36 meses de cobertura.

También hay formas en que se puede extender este período de 18 meses de cobertura de continuación de COBRA:

Extensión por discapacidad del período de 18 meses de cobertura de continuación de COBRA

Si el Seguro Social determina que usted o alguien de su familia cubierto por el Plan está discapacitado y usted notifica al Administrador del Plan de manera oportuna, usted y toda su familia pueden tener derecho a recibir hasta un

11 meses adicionales de cobertura continua COBRA, hasta un máximo de 29 meses. La discapacidad deberá haber comenzado antes del día 60 de la cobertura continua COBRA y debe durar al menos hasta el final del período de 18 meses de dicha cobertura.

Extensión del segundo evento calificadorio del período de 18 meses de cobertura continua

Si su familia experimenta otro evento que califica durante los 18 meses de continuación de la cobertura COBRA, el cónyuge y los hijos dependientes pueden obtener hasta 18 meses adicionales de continuación de la cobertura COBRA, por un máximo de 36 meses, si el Plan recibe la notificación correspondiente. Esta extensión puede estar disponible para el cónyuge y los hijos dependientes que reciben continuación de la cobertura COBRA si el empleado o ex empleado fallece; adquiere derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas); se divorcia o se separa legalmente; o si el hijo dependiente deja de ser elegible para el Plan como tal. Esta extensión solo está disponible si el segundo evento que califica habría causado que el cónyuge o el hijo dependiente perdieran la cobertura del Plan de no haber ocurrido el primer evento que califica.

¿Existen otras opciones de cobertura además de COBRA?

Sí. En lugar de inscribirse en la cobertura de continuación de 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 otros planes de salud grupales (como el plan de su cónyuge) mediante lo que se denomina un "período de inscripción especial". Algunas de estas opciones pueden ser más económicas que la cobertura de continuación de COBRA. Puede obtener más información sobre muchas de estas opciones en www.healthcare.gov.

¿Puedo inscribirme en Medicare en lugar de COBRA después de que finalice la cobertura de mi plan de salud grupal?

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^[1] para inscribirse en la Parte A o B de Medicare, que comienza el primero de los siguientes:

El mes siguiente a la finalización de su empleo; o

El mes siguiente a la finalización de la cobertura del plan de salud grupal basado en el empleo actual.

Si no se inscribe en Medicare y elige la cobertura de continuación de COBRA, podría tener que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte B y podría tener un período sin cobertura si decide optar por la Parte B más adelante. Si elige la cobertura de continuación de COBRA y posteriormente se inscribe en la Parte A o B de Medicare antes de que finalice dicha cobertura, el Plan podría cancelarla. Sin embargo, si la Parte A o B de Medicare entra en vigor en la fecha de elección de COBRA o antes, la cobertura de COBRA no podrá ser suspendida debido a la elegibilidad de Medicare, incluso si se inscribe en la otra parte de Medicare después de la fecha de elección de la cobertura de COBRA.

Si está inscrito tanto en la cobertura de continuación de COBRA como en Medicare, generalmente Medicare pagará primero (pagador principal) y la cobertura de continuación de COBRA pagará en segundo lugar. Algunos planes pueden pagar como si fueran secundarios a Medicare, incluso si no está inscrito en Medicare.

Para obtener más información: <https://www.medicare.gov/medicare-and-you>.

Si tienes preguntas

Las preguntas sobre su plan o sus derechos de continuación de cobertura bajo COBRA deben dirigirse a los contactos que se indican a continuación. Para obtener más información sobre sus derechos bajo la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA), incluyendo COBRA, la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible, y otras leyes que afectan a los planes de salud grupales, comuníquese con la Oficina Regional o Distrital de la Administración de Seguridad de Beneficios de Empleados (EBSA) del Departamento de Trabajo de EE. UU. más cercana en su área o visite www.dol.gov/ebsa. (Las direcciones y los números de teléfono de las Oficinas Regionales y Distritales de EBSA están disponibles en el sitio web de EBSA). Para obtener más información sobre el Mercado de Seguros Médicos, visite www.HealthCare.gov.

Mantenga su Plan informado de los cambios de dirección

Para proteger los derechos de su familia, informe al Administrador del Plan sobre cualquier cambio de domicilio de sus familiares. También debe guardar una copia, para sus registros, de cualquier notificación que envíe al Administrador del Plan.

Información de contacto del plan

Estuco y piedra American Legacy, LLC.

12455 N 92nd Dr, Suite 102, Peoria, AZ 85381
HR@american-stucco.com; 602-799-0513

NEW HEALTH INSURANCE MARKETPLACE COVERAGE OPTIONS AND YOUR HEALTH COVERAGE

Part A: General Information

When key parts of the health care law take effect in 2014, there will be a new way to buy health insurance: The Health Insurance Marketplace. To assist you as you evaluate options for you and your family, this notice provides some basic information about the new Marketplace.

What is the Health Insurance Marketplace?

The Marketplace is designed to help you find health insurance that meets your needs and fits your budget. The Marketplace offers "one-stop shopping" to find and compare private health insurance options. You may also be eligible for a new kind of tax credit that lowers your monthly premium right away. Open enrollment for health insurance coverage through the Marketplace begins in October 2013 for coverage starting as early as January 1, 2014.

Can I Save Money on my Health Insurance Premiums in the Marketplace?

You may qualify to save money and lower your monthly premium, but only if your employer does not offer coverage, or offers coverage that doesn't meet certain standards. The savings on your premium that you're eligible for depends on your household income.

Does Employer Health Coverage Affect Eligibility for Premium Savings through the Marketplace?

Yes. If you have an offer of health coverage from your employer that meets certain standards, you will not be eligible for a tax credit through the Marketplace and may wish to enroll in your employer's health plan. However, you may be eligible for a tax credit that lowers your monthly premium, or a reduction in certain cost-sharing if your employer does not offer coverage to you at all or does not offer coverage that meets certain standards. If the cost of a plan from your employer that would cover you (and not any other members of your family) is more than 9.5% of your household income for the year, or if the coverage your employer provides does not meet the "minimum value" standard set by the Affordable Care Act, you may be eligible for a tax credit. (1)

Note: If you purchase a health plan through the Marketplace instead of accepting health coverage offered by your employer, then you may lose the employer contribution (if any) to the employer-offered coverage. Also, this employer contribution -as well as your employee contribution to employer-offered coverage- is often excluded from income for Federal and State income tax purposes. Your payments for coverage through the Marketplace are made on an after-tax basis.

How Can I Get More Information?

The Marketplace can help you evaluate your coverage options, including your eligibility for coverage through the Marketplace and its cost. Please visit HealthCare.gov for more information, including an online application for health insurance coverage and contact information for a Health Insurance Marketplace in your area.

Part B: Information about health coverage offered by your Employer

This section contains information about any health coverage offered by your employer. If you decide to complete an application for coverage in the Marketplace, you will be asked to provide this information. This information is numbered to correspond to the Marketplace application.

3. Employer Name: American Legacy Stucco and Stone, Inc.		4. Employer Identification Number (EIN): 27-3892368
5. Employer Address 12455 N 92nd Drive, Suite 103		6. Employer Phone Number 607-799-0513
7. City Peoria	8. State AZ	9. ZIP Code 85381
10. Who can we contact about employee health coverage at this job? HR Department		
11. Phone Number (if different from above)		12. Email Address HR@american-stucco.com

Here is some basic information about health coverage offered by this employer:

- As your employer, we offer a health plan to:

☒ All employees. Eligible employees are:

All regular full-time employees working 30 or more hours are eligible for benefits on the first day of the month after 60 days of employment. Must not be on leave of absence at time of effective date in order to sign up for benefits.

☐ Some employees. Eligible employees are:

- With respect to dependents:

☒ We do offer coverage. Eligible dependents are:

Legal spouse, domestic partner, biological child, stepchild, legally adopted child from which the employee is a legal guardian up to their 26th birthday.

☐ We do not offer coverage to dependents.

- ☐ If checked, this coverage meets the minimum value standard, and the cost of this coverage to you is intended to be affordable, based on employee wages.

****Even if your employer intends your coverage to be affordable, you may still be eligible for a premium discount through the Marketplace. The Marketplace will use your household income, along with other factors to determine whether you may be eligible for a premium discount. If, for example, your wages vary from week to week (perhaps you are an hourly employee or you work on a commission basis), if you are newly employed mid-year, or if you have other income losses, you may still qualify for a premium discount.**

If you decide to shop for coverage in the Marketplace, [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) will guide you through the process. Here's the employer information you'll enter when you visit [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) to find out if you can get a tax credit to lower your monthly premiums.

Su plan de medicamentos recetados y la Parte D de Medicare

Lea atentamente este aviso y guárdelo en un lugar donde pueda encontrarlo.

Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados con American Legacy Stucco and Stone, Inc. y sobre sus opciones de cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarle a decidir si desea inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare. Si está considerando inscribirse, 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 recetados de Medicare en su área. Al final de este aviso encontrará información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados.

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

- La cobertura de medicamentos recetados de Medicare se puso a disposición de todos los beneficiarios de Medicare en 2006. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare o en un plan Medicare Advantage (como una HMO o PPO) que ofrezca cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare ofrecen al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
- American Legacy Stucco and Stone, Inc. ofrece múltiples planes y ha determinado que la cobertura de medicamentos recetados para:
- Se espera que el Plan de Salud EMI BCBS (6,500/13,000), en promedio para todos los participantes, pague tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y, por lo tanto, se considera Cobertura Acreditable. Dado que su cobertura actual es Cobertura Acreditable, puede mantenerla y no pagar una prima más alta (una penalización) si posteriormente decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare.
- Los planes de salud MEC Básico y MEC Mejorado NO se consideran cobertura acreditable.
 - Para obtener más información contáctenos en HR@american-stucco.com

Preguntas frecuentes y más información sobre su plan de medicamentos recetados y la Parte D de Medicare

¿Cuándo puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare? Puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare cuando sea elegible por primera vez y cada año, del 15 de octubre al 7 de diciembre. Sin embargo, si pierde su cobertura actual de medicamentos recetados válida, por causas ajenas a su voluntad, también será elegible para un Período Especial de Inscripción (PEI) de dos (2) meses para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

¿Qué sucede con su cobertura actual si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare? Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura actual no se verá afectada. Los afiliados pueden conservar esta cobertura si eligen la Parte D, y este plan se coordinará con la cobertura de la Parte D. Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y cancelar su cobertura actual, tenga en cuenta que usted y sus dependientes podrán recuperarla durante los próximos períodos de inscripción abierta.

¿Cuándo pagará una prima más alta (multa) para unirse a un plan de medicamentos de Medicare? También debe saber que si cancela o pierde su cobertura actual y no se une a un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días consecutivos posteriores a la finalización de su cobertura actual, podría pagar una prima más alta (multa) para unirse a un plan de medicamentos de Medicare más adelante. Si pasa 63 días consecutivos o más sin cobertura válida para medicamentos recetados, su prima mensual podría aumentar al menos un 1% de la prima base del beneficiario de Medicare por cada mes que no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin cobertura válida, su prima podría ser consistentemente al menos un 19% más alta que la prima base del beneficiario de Medicare. Es posible que deba pagar esta prima más alta (multa) mientras tenga cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, podría tener que esperar hasta octubre del año siguiente para unirse.

- Para obtener más información sobre este aviso o su cobertura actual de medicamentos recetados, comuníquese con la persona que figura a continuación. Recibirá este aviso anualmente. También lo recibirá antes del próximo período en que pueda inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y si esta cobertura cambia. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.
- Para obtener más información sobre sus opciones de cobertura de medicamentos recetados de Medicare, consulte el manual "Medicare y usted" para obtener información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados. Medicare le enviará una copia del manual por correo todos los años. También es posible que los planes de medicamentos de Medicare se pongan en contacto con usted directamente.
- Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, visite www.medicare.gov. Llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (vea la contraportada interior de su copia del
- Para obtener ayuda personalizada, consulte el manual "Medicare y usted" (para obtener su número de teléfono). Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Si tiene ingresos y recursos limitados, dispone de ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite el sitio web del Seguro Social en
- www.socialsecurity.gov, o llámelos al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).
- Conserve este aviso de cobertura válida. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que deba proporcionar una copia de este aviso al inscribirse para demostrar si ha mantenido una cobertura válida y, por lo tanto, si debe pagar una prima más alta (una multa).

Premium Assistance Under Medicaid and the Children's Health Insurance Program (CHIP)

If you or your children are eligible for Medicaid or CHIP and you're eligible for health coverage from your employer, your state may have a premium assistance program that can help pay for coverage, using funds from their Medicaid or CHIP programs. If you or your children aren't eligible for Medicaid or CHIP, you won't be eligible for these premium assistance programs but you may be able to buy individual insurance coverage through the Health Insurance Marketplace. For more information, visit www.healthcare.gov.

If you or your dependents are already enrolled in Medicaid or CHIP and you live in a State listed below, contact your State Medicaid or CHIP office to find out if premium assistance is available.

If you or your dependents are NOT currently enrolled in Medicaid or CHIP, and you think you or any of your dependents might be eligible for either of these programs, contact your State Medicaid or CHIP office or dial **1-877-KIDS NOW** or www.insurekidsnow.gov to find out how to apply. If you qualify, ask your state if it has a program that might help you pay the premiums for an employer-sponsored plan.

If you or your dependents are eligible for premium assistance under Medicaid or CHIP, as well as eligible under your employer plan, your employer must allow you to enroll in your employer plan if you aren't already enrolled. This is called a "special enrollment" opportunity, and **you must request coverage within 60 days of being determined eligible for premium assistance**. If you have questions about enrolling in your employer plan, contact the Department of Labor at www.askebsa.dol.gov or call **1-866-444-EBSA (3272)**.

If you live in one of the following states, you may be eligible for assistance paying your employer health plan premiums. The following list of states is current as of July 31, 2025. Contact your State for more information on eligibility –

ALABAMA – Medicaid	ALASKA – Medicaid
Website: http://myalhipp.com/ Phone: 1-855-692-5447	The AK Health Insurance Premium Payment Program Website: http://myakhipp.com/ Phone: 1-866-251-4861 Email: CustomerService@MyAKHIPP.com Medicaid Eligibility: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx
ARKANSAS – Medicaid	CALIFORNIA – Medicaid
Website: http://myarhipp.com/ Phone: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Website: http://dhcs.ca.gov/hipp Phone: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Email: hipp@dhcs.ca.gov
COLORADO – Health First Colorado (Colorado's Medicaid Program) & Child Health Plan Plus (CHP+)	FLORIDA – Medicaid
Health First Colorado Website: https://www.healthfirstcolorado.com/ Health First Colorado Member Contact Center: 1-800-221-3943/State Relay 711 CHP+: https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus CHP+ Customer Service: 1-800-359-1991/State Relay 711 Health Insurance Buy-In Program (HIBI): https://www.mycohibi.com/ HIBI Customer Service: 1-855-692-6442	Website: https://www.flmedicaidtplrecovery.com/flmedicaidtplrecovery.com/hipp/index.html Phone: 1-877-357-3268

GEORGIA – Medicaid	INDIANA – Medicaid
GA HIPP Website: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Phone: 678-564-1162, Press 1 GA CHIPRA Website: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Phone: 678-564-1162, Press 2	Health Insurance Premium Payment Program All other Medicaid Website: https://www.in.gov/medicaid/ http://www.in.gov/fssa/dfcr/ Family and Social Services Administration Phone: 1-800-403-0864 Member Services Phone: 1-800-457-4584
IOWA – Medicaid and CHIP (Hawki)	KANSAS – Medicaid
Medicaid Website: Iowa Medicaid Health & Human Services Medicaid Phone: 1-800-338-8366 Hawki Website: Hawki - Healthy and Well Kids in Iowa Health & Human Services Hawki Phone: 1-800-257-8563 HIPP Website: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Health & Human Services (iowa.gov) HIPP Phone: 1-888-346-9562	Website: https://www.kancare.ks.gov/ Phone: 1-800-792-4884 HIPP Phone: 1-800-967-4660
KENTUCKY – Medicaid	LOUISIANA – Medicaid
Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP) Website: https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Phone: 1-855-459-6328 Email: KIHIPP.PROGRAM@ky.gov KCHIP Website: https://kynect.ky.gov Phone: 1-877-524-4718 Kentucky Medicaid Website: https://chfs.ky.gov/agencies/dms	Website: www.medicicaid.la.gov or www.ldh.la.gov/lahipp Phone: 1-888-342-6207 (Medicaid hotline) or 1-855-618-5488 (LaHIPP)
MAINE – Medicaid	MASSACHUSETTS – Medicaid and CHIP
Enrollment Website: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US Phone: 1-800-442-6003 TTY: Maine relay 711 Private Health Insurance Premium Webpage: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Phone: 1-800-977-6740 TTY: Maine relay 711	Website: https://www.mass.gov/masshealth/pa Phone: 1-800-862-4840 TTY: 711 Email: masspremassistance@accenture.com
MINNESOTA – Medicaid	MISSOURI – Medicaid
Website: https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/ Phone: 1-800-657-3672	Website: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Phone: 573-751-2005

MONTANA – Medicaid	NEBRASKA – Medicaid
Website: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Phone: 1-800-694-3084 Email: HSHIPPProgram@mt.gov	Website: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Phone: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178
NEVADA – Medicaid	NEW HAMPSHIRE – Medicaid
Medicaid Website: http://dhcfp.nv.gov Medicaid Phone: 1-800-992-0900	Website: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Phone: 603-271-5218 Toll free number for the HIPP program: 1-800-852-3345, ext. 15218 Email: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov
NEW JERSEY – Medicaid and CHIP	NEW YORK – Medicaid
Medicaid Website: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Phone: 1-800-356-1561 CHIP Premium Assistance Phone: 609-631-2392 CHIP Website: http://www.njfamilycare.org/index.html CHIP Phone: 1-800-701-0710 (TTY: 711)	Website: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Phone: 1-800-541-2831
NORTH CAROLINA – Medicaid	NORTH DAKOTA – Medicaid
Website: https://medicaid.ncdhhs.gov/ Phone: 919-855-4100	Website: https://www.hhs.nd.gov/healthcare Phone: 1-844-854-4825
OKLAHOMA – Medicaid and CHIP	OREGON – Medicaid and CHIP
Website: http://www.insureoklahoma.org Phone: 1-888-365-3742	Website: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx Phone: 1-800-699-9075
PENNSYLVANIA – Medicaid and CHIP	RHODE ISLAND – Medicaid and CHIP
Website: https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html Phone: 1-800-692-7462 CHIP Website: Children's Health Insurance Program (CHIP) (pa.gov) CHIP Phone: 1-800-986-KIDS (5437)	Website: http://www.eohhs.ri.gov/ Phone: 1-855-697-4347, or 401-462-0311 (Direct RItE Share Line)
SOUTH CAROLINA – Medicaid	SOUTH DAKOTA - Medicaid
Website: https://www.scdhhs.gov Phone: 1-888-549-0820	Website: http://dss.sd.gov Phone: 1-888-828-0059

TEXAS – Medicaid	UTAH – Medicaid and CHIP
Website: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Texas Health and Human Services Phone: 1-800-440-0493	Utah’s Premium Partnership for Health Insurance (UPP) Website: https://medicaid.utah.gov/upp/ Email: upp@utah.gov Phone: 1-888-222-2542 Adult Expansion Website: https://medicaid.utah.gov/expansion/ Utah Medicaid Buyout Program Website: https://medicaid.utah.gov/buyout-program/ CHIP Website: https://chip.utah.gov/
VERMONT– Medicaid	VIRGINIA – Medicaid and CHIP
Website: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Department of Vermont Health Access Phone: 1-800-250-8427	Website: https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs Medicaid/CHIP Phone: 1-800-432-5924
WASHINGTON – Medicaid	WEST VIRGINIA – Medicaid and CHIP
Website: https://www.hca.wa.gov/ Phone: 1-800-562-3022	Website: https://dhhr.wv.gov/bms/ http://mywvhipp.com/ Medicaid Phone: 304-558-1700 CHIP Toll-free phone: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)
WISCONSIN – Medicaid and CHIP	WYOMING – Medicaid
Website: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Phone: 1-800-362-3002	Website: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Phone: 1-800-251-1269

To see if any other states have added a premium assistance program since July 31, 2025, or for more information on special enrollment rights, contact either:

U.S. Department of Labor
Employee Benefits Security Administration
www.dol.gov/agencies/ebsa
1-866-444-EBSA (3272)

U.S. Department of Health and Human Services
Centers for Medicare & Medicaid Services
www.cms.hhs.gov
1-877-267-2323, Menu Option 4, Ext. 61565

Paperwork Reduction Act Statement

According to the Paperwork Reduction Act of 1995 (Pub. L. 104-13) (PRA), no persons are required to respond to a collection of information unless such collection displays a valid Office of Management and Budget (OMB) control number. The Department notes that a Federal agency cannot conduct or sponsor a collection of information unless it is approved by OMB under the PRA, and displays a currently valid OMB control number, and the public is not required to respond to a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. See 44 U.S.C. 3507. Also, notwithstanding any other provisions of law, no person shall be subject to penalty for failing to comply with a collection of information if the collection of information does not display a currently valid OMB control number. See 44 U.S.C. 3512.

The public reporting burden for this collection of information is estimated to average approximately seven minutes per respondent. Interested parties are encouraged to send comments regarding the burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden, to the 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 or email ebsa.opr@dol.gov and reference the OMB Control Number 1210-0137.

OMB Control Number 1210-0137 (expires 1/31/2026)

Ley de Derechos de la Mujer en materia de Salud y Cáncer (WHCRA)

Si se ha sometido o se va a someter a una mastectomía, podría tener derecho a ciertas prestaciones en virtud de la Ley de Derechos de la Mujer en materia de Salud y Cáncer de 1998 (WHCRA). Para las personas que reciben prestaciones relacionadas con la mastectomía, la cobertura se proporcionará de la manera que se determine en consulta con el médico tratante y la paciente, para:

Todas las etapas de reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía;

Cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir una apariencia simétrica;

Prótesis; y

Tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema.

Estos beneficios se proporcionarán sujetos a los mismos deducibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados bajo este plan.

Si desea obtener más información, consulte la Descripción resumida del plan o comuníquese con Recursos Humanos en HR@american-stucco.com.

Ley de Protección de la Salud de la Madre y del Recién Nacido (NMHPA)

Por lo general, los planes de salud grupales y los emisores de seguros de salud no pueden, según la ley federal, restringir los beneficios por cualquier período de estadía en el hospital relacionado con el parto para la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal o 96 horas después de una cesárea.

Sin embargo, el plan o emisor puede pagar una estadía más corta si el proveedor de atención (por ejemplo, su médico, enfermera partera o asistente médico), después de consultar con la madre, da de alta a la madre o al recién nacido antes.

Además, los planes y emisores no pueden:

- Exigir que un proveedor obtenga autorización del plan o del emisor para prescribir una duración de internación de hasta 48 horas (para parto vaginal) o 96 horas (para cesárea).

Si desea obtener más información, consulte la Descripción resumida del plan o comuníquese con Recursos Humanos en HR@american-stucco.com.

Ley de Paridad en Salud Mental y Equidad en Adicciones (MHPAEA)

La Ley de Paridad de Salud Mental y Equidad en Adicciones de 2008 (MHPAEA) requiere que los requisitos financieros (como copagos, deducibles y coseguro) y las limitaciones de tratamiento (como la cantidad de visitas o días de cobertura) que se aplican a los beneficios de salud mental o trastornos por uso de sustancias (MH/SUD) no puedan ser más restrictivos que los que se aplican a los beneficios médicos y quirúrgicos del plan.

Además, los límites de tratamiento no cuantitativos (como la autorización previa, los estándares de gestión médica o los criterios de admisión a la red de proveedores) para los beneficios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias deben ser comparables y no aplicarse de manera más estricta que aquellos aplicados a los beneficios médicos y quirúrgicos.

Puede solicitar, sin costo alguno, información sobre los criterios para la determinación de la necesidad médica en relación con los beneficios de salud mental/trastorno por consumo de sustancias, así como sobre los procesos, estrategias, estándares probatorios y otros factores utilizados para aplicar límites de tratamiento no cuantitativos. También puede solicitar el motivo de cualquier denegación de reembolso o pago por servicios de salud mental/trastorno por consumo de sustancias.

Si desea obtener más información, consulte la Descripción resumida del plan o comuníquese con Recursos Humanos en HR@american-stucco.com.

JUBILACIÓN

Avisos legales

Lea si desea. Pregunte si lo necesita.

La siguiente sección incluye una colección de avisos laborales obligatorios. Sabemos que puede parecer mucha letra pequeña, pero estos documentos se proporcionan para protegerte y mantenerte informado sobre tus derechos y opciones. No necesitas estudiar cada palabra; solo recuerda que están aquí para tu referencia.

Si bien nos esforzamos al máximo por traducir nuestros materiales al español, algunos de estos avisos legales solo están disponibles en inglés. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para comprenderlos, su equipo de RR. HH. estará encantado de ayudarlo. Puede contactarnos en HR@american-stucco.com.

Para referencia futura, estos avisos se publican y se mantienen actualizados en nuestro Portal de empleados en línea junto con nuestras otras políticas y avisos importantes.

AMERICAN LEGACY STUCCO & STONE, INC. DEFINED CONTRIBUTION PLAN
SUMMARY PLAN DESCRIPTION

TABLE OF CONTENTS
INTRODUCTION TO YOUR PLAN

What kind of Plan is this?..... 1
What information does this Summary provide?..... 1

ARTICLE I
PARTICIPATION IN THE PLAN

How do I participate in the Plan?..... 1
How is my service determined for purposes of Plan eligibility?..... 2
What service is counted for purposes of Plan eligibility? 2
What happens if I'm a Participant, terminate employment and then I'm rehired? 2

ARTICLE II
EMPLOYER CONTRIBUTIONS

What is the Employer profit sharing contribution and how is it allocated? 2
How is my service determined for allocation purposes?..... 3
What are forfeitures and how are they allocated? 3

ARTICLE III
COMPENSATION AND ACCOUNT BALANCE

What compensation is used to determine my Plan benefits? 3
Is there a limit on the amount of compensation which can be considered?..... 4
Is there a limit on how much can be contributed to my account each year? 4
How is the money in the Plan invested? 4
Will Plan expenses be deducted from my account balance? 4

ARTICLE IV
VESTING

What is my vested interest in my account? 4
How is my service determined for vesting purposes?..... 5
What service is counted for vesting purposes? 5
What happens to my non-vested account balance if I'm rehired? 5
What happens if the Plan becomes a "top-heavy plan"? 6

ARTICLE V
DISTRIBUTIONS PRIOR TO TERMINATION

Can I withdraw money from my account while working? 6

ARTICLE VI
BENEFITS AND DISTRIBUTIONS UPON TERMINATION OF EMPLOYMENT

When can I get money out of the Plan? 6
What happens if I terminate employment before death, disability or retirement?..... 7
What happens if I terminate employment at Normal Retirement Date? 7
What happens if I terminate employment due to disability? 7
How will my benefits be paid to me? 7

ARTICLE VII
BENEFITS AND DISTRIBUTIONS UPON DEATH

What happens if I die while working for the Employer? 8

Who is the beneficiary of my death benefit? 8

How will the death benefit be paid to my beneficiary? 8

When must the last payment be made to my beneficiary? 8

What happens if I'm a Participant, terminate employment and die before receiving all my benefits? 9

ARTICLE VIII
TAX TREATMENT OF DISTRIBUTIONS

What are my tax consequences when I receive a distribution from the Plan?..... 9

Can I elect a rollover to reduce or defer tax on my distribution? 9

ARTICLE IX
PROTECTED BENEFITS AND CLAIMS PROCEDURES

Are my benefits protected? 9

Are there any exceptions to the general rule? 9

Can the Plan be amended? 10

What happens if the Plan is discontinued or terminated? 10

How do I submit a claim for Plan benefits? 10

What if my benefits are denied? 10

What is the Claims Review Procedure? 11

What are my rights as a Plan Participant?..... 13

What can I do if I have questions or my rights are violated? 13

ARTICLE X
GENERAL INFORMATION ABOUT THE PLAN

Plan Name 14

Plan Number 14

Plan Effective Dates 14

Other Plan Information 14

Employer Information 14

Administrator Information 14

Plan Trustee Information and Plan Funding Medium 15

AMERICAN LEGACY STUCCO & STONE, INC. DEFINED CONTRIBUTION PLAN

SUMMARY PLAN DESCRIPTION

INTRODUCTION TO YOUR PLAN

What kind of Plan is this?

American Legacy Stucco & Stone, Inc. Defined Contribution Plan ("Plan") has been adopted to provide you with additional income for retirement. This Plan is a type of qualified retirement plan commonly referred to as a profit sharing Plan. Generally you are not taxed on the amounts we contribute to the Plan on your behalf until you withdraw these amounts from the Plan.

What information does this Summary provide?

This Summary Plan Description ("SPD") contains information regarding when you may become eligible to participate in the Plan, your Plan benefits, your distribution options, and many other features of the Plan. You should take the time to read this SPD to get a better understanding of your rights and obligations under the Plan.

In this Summary, your Employer has addressed the most common questions you may have regarding the Plan. If this SPD does not answer all of your questions, please contact the Administrator or other Plan representative. The Administrator is responsible for responding to questions and making determinations related to the administration, interpretation, and application of the Plan. The name and address of the Administrator can be found at the end of this SPD in the Article entitled "General Information About the Plan."

This SPD describes the Plan's benefits and obligations as contained in the legal Plan document, which governs the operation of the Plan. The Plan document is written in much more technical and precise language and is designed to comply with applicable legal requirements. If the non-technical language in this SPD and the technical, legal language of the Plan document conflict, the Plan document always governs. If you wish to receive a copy of the legal Plan document, please contact the Administrator.

The Plan and your rights under the Plan are subject to federal laws, such as the Employee Retirement Income Security Act (ERISA) and the Internal Revenue Code, as well as some state laws. The provisions of the Plan are subject to revision due to a change in laws or due to pronouncements by the Internal Revenue Service (IRS) or Department of Labor (DOL). Your Employer may also amend or terminate this Plan. Your Employer will notify you if the provisions of the Plan that are described in this SPD change.

Types of contributions. The following types of contributions may be made under this Plan:

- Employer profit sharing contributions

ARTICLE I PARTICIPATION IN THE PLAN

How do I participate in the Plan?

Provided you are not an Excluded Employee, you may become a "Participant" in the Plan once you have satisfied the eligibility requirements and reached your "Entry Date." The following describes the eligibility requirements and Entry Dates that apply. You should contact the Administrator if you have questions about the timing of your Plan participation.

Excluded Employees. If you are a member of a class of employees identified below, you are an Excluded Employee and you are not entitled to participate in the Plan. The Excluded Employees are:

- union employees whose employment is governed by a collective bargaining agreement under which retirement benefits were the subject of good faith bargaining, unless the collective bargaining agreement requires the employee to be included within the Plan
- certain nonresident aliens who have no earned income from sources within the United States

Eligibility conditions. You will be eligible to participate in the Plan when you have satisfied the following eligibility condition(s). However, you will actually become a Participant in the Plan once you reach the Entry Date as described below.

- completion of one (1) Year of Service.

Entry Date. Your Entry Date will be the first day of the Plan Year or the first day of the seventh month of the Plan Year coinciding with or next following the date you satisfy the eligibility requirements.

How is my service determined for purposes of Plan eligibility?

Year of Service. You will be credited with a Year of Service at the end of the twelve month period beginning on your date of hire if you have been credited with at least 1,000 Hours of Service during such period. If you have not been credited with 1,000 Hours of Service by the end of such period, you will have completed a Year of Service at the end of any following Plan Year during which you were credited with 1,000 Hours of Service.

Hour of Service-employees for whom hourly records are kept. You will be credited with your actual Hours of Service for:

- (a) each hour for which you are directly or indirectly compensated by the Employer for the performance of duties during the Plan Year;
- (b) each hour for which you are directly or indirectly compensated by the Employer for reasons other than the performance of duties (such as vacation, holidays, sickness, disability, lay-off, military duty, jury duty or leave of absence during the Plan Year); and
- (c) each hour for back pay awarded or agreed to by the Employer.

You will not be credited for the same Hours of Service both under (a) or (b), as the case may be, and under (c).

Hour of Service employees for whom hourly records are not kept. The Plan does not credit you with your actual Hours of Service. Instead the Plan uses an "equivalency" method. Under this method you will be credited with 190 Hours of Service for each month during the year in which you would otherwise be credited with at least one Hour of Service.

What service is counted for purposes of Plan eligibility?

Service with the Employer. In determining whether you satisfy the minimum service requirements to participate under the Plan, all service you perform for the Employer will generally be counted. However, there are some exceptions to this general rule.

Break in Service rules. If you terminate employment and are rehired, you may lose credit for prior service under the Plan's Break in Service rules.

For eligibility purposes, you will have a 1-Year Break in Service if you complete less than 501 Hours of Service during the computation period used to determine whether you have a Year of Service. However, if you are absent from work for certain leaves of absence such as a maternity or paternity leave, you may be credited with enough Hours of Service to prevent a Break in Service.

Five-year eligibility Break in Service rule. The five-year Break in Service rule applies only to employees who had no vested interest in the Plan when employment had terminated. If you were not vested in any amounts when you terminated employment and you have five 1-Year Breaks in Service (as defined above), all the service you earned before the 5-year period no longer counts for eligibility purposes. Thus, if you were to return to employment after incurring five 1-Year Breaks in Service, you would have to resatisfy any minimum service requirements under the Plan.

Military service. If you are a veteran and are reemployed under the Uniformed Services Employment and Reemployment Rights Act of 1994, your qualified military service may be considered service with the Employer. If you may be affected by this law, ask the Administrator for further details.

What happens if I'm a Participant, terminate employment and then I'm rehired?

If you are no longer a Participant because you terminated employment, and you are rehired, then you will be able to participate in the Plan on your date of rehire provided your prior service had not been disregarded under the Break in Service rules and you are otherwise eligible to participate in the Plan.

ARTICLE II EMPLOYER CONTRIBUTIONS

This Article describes Employer contributions that may be made to the Plan and how your share of the contribution is determined.

What is the Employer profit sharing contribution and how is it allocated?

Profit sharing contribution. Each year, your Employer may make a discretionary profit sharing contribution to your account.

Allocation conditions. In order to share in the profit sharing contribution for a Plan Year, you must satisfy the following conditions:

- If you are employed on the last day of the Plan Year, you will share regardless of the amount of service you completed during the Plan Year.

- If you terminate employment (not employed on the last day of the Plan Year), you will only share if you are credited with at least 501 Hours of Service during the Plan Year.

How is my service determined for allocation purposes?

Hour of Service-employees for whom hourly records are kept. You will be credited with your actual Hours of Service for:

- (a) each hour for which you are directly or indirectly compensated by the Employer for the performance of duties during the Plan Year;
- (b) each hour for which you are directly or indirectly compensated by the Employer for reasons other than the performance of duties (such as vacation, holidays, sickness, disability, lay-off, military duty, jury duty or leave of absence during the Plan Year); and
- (c) each hour for back pay awarded or agreed to by the Employer.

You will not be credited for the same Hours of Service both under (a) or (b), as the case may be, and under (c).

Hour of Service-employees for whom hourly records are not kept. The Plan does not credit you with your actual Hours of Service. Instead the Plan uses an "equivalency" method. Under this method you will be credited with 190 Hours of Service for each month during the year in which you would otherwise be credited with at least one Hour of Service.

What are forfeitures and how are they allocated?

Definition of forfeitures. In order to reward employees who remain employed with the Employer for a long period of time, the law permits a "vesting schedule" to be applied to certain contributions that your Employer makes to the Plan. This means that you will not be "vested" in (entitled to) all of the contributions until you have been employed with the Employer for a specified period of time (see the Article entitled "Vesting"). If a Participant terminates employment before being fully vested, then the non-vested portion of the Terminated Participant's account balance remains in the Plan and is called a forfeiture.

Allocation of forfeitures. The Employer may use forfeitures to pay Plan expenses. In some cases, remaining forfeitures will be used to reduce Employer contributions.

ARTICLE III COMPENSATION AND ACCOUNT BALANCE

What compensation is used to determine my Plan benefits?

Definition of compensation. For the purposes of the Plan, compensation has a special meaning. Compensation is generally defined as your total compensation that is subject to income tax and paid to you by your Employer during the Plan Year. In addition, salary reductions to any other plan or arrangement (such as a cafeteria plan) will be included in Compensation. If you are a self-employed individual, your compensation will be equal to your earned income. The following describes the adjustments to compensation that may apply under the Plan.

Adjustments to compensation. The following adjustments to compensation will be made:

- compensation paid while not a Participant in the component of the Plan for which compensation is being used will be excluded.
- compensation paid after you terminate employment is generally excluded for Plan purposes. However, the following amounts will be included in compensation even though they are paid after you terminate employment, provided these amounts would otherwise have been considered compensation as described above and provided they are paid within 2 1/2 months after you terminate employment, or if later, the last day of the Plan Year in which you terminate employment:
 - compensation for services performed during your regular working hours, or for services outside your regular working hours (such as overtime or shift differential) or other similar payments that would have been made to you had you continued employment
 - compensation paid for unused accrued bona fide sick, vacation or other leave, if such amounts would have been included in compensation if paid prior to your termination of employment and you would have been able to use the leave if employment had continued
 - nonqualified unfunded deferred compensation if the payment is includible in gross income and would have been paid to you had you continued employment

Is there a limit on the amount of compensation which can be considered?

The Plan, by law, cannot recognize annual compensation in excess of a certain dollar limit. The limit for the Plan Year beginning in 2022 is \$305,000. After 2022, the dollar limit may increase for cost-of-living adjustments.

Is there a limit on how much can be contributed to my account each year?

Generally, the law imposes a maximum limit on the amount of contributions that may be made to your account and any other amounts allocated to any of your accounts during the Plan Year, excluding earnings. Beginning in 2022, this total cannot exceed the lesser of \$61,000 or 100% of your annual compensation. After 2022, the dollar limit may increase for cost-of-living adjustments.

How is the money in the Plan invested?

The Trustee of the Plan has been designated to hold the assets of the Plan for the benefit of Plan Participants and their beneficiaries in accordance with the terms of this Plan. The Trust Fund established by the Plan's Trustee will be the funding medium used for the accumulation of assets from which Plan benefits will be distributed.

The Trustee, Employer or another designated person or entity is responsible for the investment of assets held by the Plan. Investment decisions are made in the best interests of you and other Plan Participants. If you have any questions, contact the Administrator (or other Plan representative). The name and address of the Trustee can be found in the Article of this SPD entitled "General Information About The Plan."

Periodically, you will receive a benefit statement that provides information on your account balance and your investment returns. It is your responsibility to notify the Administrator of any errors you see on any statements within 30 days after the statement is provided or made available to you.

Will Plan expenses be deducted from my account balance?

Expenses allocated to all accounts. The Plan permits the payment of Plan expenses to be made from the Plan's assets. If expenses are paid using the Plan's assets, then the expenses will generally be allocated among the accounts of all Participants in the Plan. These expenses will be allocated either proportionately based on the value of the account balances or as an equal dollar amount based on the number of Participants in the Plan. The method of allocating the expenses depends on the nature of the expense itself. For example, certain administrative (or recordkeeping) expenses would typically be allocated proportionately to each Participant. If the Plan pays \$1,000 in expenses and there are 100 Participants, your account balance would be charged \$10 (\$1,000/100) of the expense.

Terminated employee. After you terminate employment, your Employer reserves the right to charge your account for your pro rata share of the Plan's administration expenses, regardless of whether your Employer pays some of these expenses on behalf of current employees.

Expenses allocated to individual accounts. There are certain other expenses that may be paid just from your account. These are expenses that are specifically incurred by, or attributable to, you. For example, if you are married and get divorced, the Plan may incur additional expenses if a court mandates that a portion of your account be paid to your ex-spouse. These additional expenses may be paid directly from your account (and not the accounts of other Participants) because they are directly attributable to you under the Plan. The Administrator will inform you when there will be a charge (or charges) directly to your account.

Your Employer may, from time to time, change the manner in which expenses are allocated.

ARTICLE IV VESTING

What is my vested interest in my account?

In order to reward employees who remain employed with the Employer for a long period of time, the law permits a "vesting schedule" to be applied to certain contributions that your Employer makes to the Plan. This means that you will not be entitled ("vested") in all of the contributions until you have been employed with the Employer for a specified period of time.

Vesting schedules. Your "vested percentage" for certain Employer contributions is based on vesting Years of Service. This means at the time you stop working, your account balance attributable to contributions subject to a vesting schedule is multiplied by your vested percentage. The result, when added to the amounts that are always 100% vested as shown above, is your vested interest in the Plan, which is what you will actually receive from the Plan.

Employer Profit Sharing Contributions

Your "vested percentage" in your account attributable to profit sharing contributions is determined under the following schedule. You will always, however, be 100% vested in your profit sharing contributions if you are employed on or after your Normal Retirement Age or if you die or become disabled.

Vesting Schedule Profit Sharing Contributions	
Years of Service	Percentage
Less than 2	0%
2	20%
3	40%
4	60%
5	80%
6	100%

How is my service determined for vesting purposes?

Year of Service. To earn a Year of Service, you must be credited with at least 1,000 Hours of Service during a Plan Year. The Plan contains specific rules for crediting Hours of Service for vesting purposes. The Administrator will track your service and will credit you with a Year of Service for each Plan Year in which you are credited with the required Hours of Service, in accordance with the terms of the Plan. If you have any questions regarding your vesting service, you should contact the Administrator.

Hour of Service-employees for whom hourly records are kept. You will be credited with your actual Hours of Service for:

- (a) each hour for which you are directly or indirectly compensated by the Employer for the performance of duties during the Plan Year;
- (b) each hour for which you are directly or indirectly compensated by the Employer for reasons other than the performance of duties (such as vacation, holidays, sickness, disability, lay-off, military duty, jury duty or leave of absence during the Plan Year); and
- (c) each hour for back pay awarded or agreed to by the Employer.

You will not be credited for the same Hours of Service both under (a) or (b), as the case may be, and under (c).

Hour of Service-employees for whom hourly records are not kept. The Plan does not credit you with your actual Hours of Service. Instead the Plan uses an "equivalency" method. Under this method you will be credited with 190 Hours of Service for each month during the year in which you would otherwise be credited with at least one Hour of Service.

What service is counted for vesting purposes?

Service with the Employer. In calculating your vested percentage, all service you perform for the Employer will generally be counted. However, there are some exceptions to this general rule.

Break in Service rules. If you terminate employment and are rehired, you may lose credit for prior service under the Plan's Break in Service rules.

For vesting purposes, you will have a 1-Year Break in Service if you complete less than 501 Hours of Service during the computation period used to determine whether you have a Year of Service. However, if you are absent from work for certain leaves of absence such as a maternity or paternity leave, you may be credited with enough Hours of Service to prevent a Break in Service.

Five-year Break in Service rule. The five-year Break in Service rule applies only to employees who had no vested interest in the Plan when employment had terminated. If you were not vested in any amounts when you terminated employment and you have five 1-Year Breaks in Service (as defined above), all the service you earned before the 5-year period no longer counts for vesting purposes. Thus, if you return to employment after incurring five 1-Year Breaks in Service, you will be treated as a new employee (with no service) for purposes of determining your vested percentage under the Plan.

Military service. If you are a veteran and are reemployed under the Uniformed Services Employment and Reemployment Rights Act of 1994, your qualified military service may be considered service with the Employer. If you may be affected by this law, ask the Administrator for further details.

What happens to my non-vested account balance if I'm rehired?

If you have no vested interest in the Plan when you leave, your account balance will be forfeited. However, if you are rehired before incurring five 1-Year Breaks in Service, your account balance as of your termination date will be restored, unadjusted for any gains or losses.

If you are partially vested in your account balance when you leave, the non-vested portion of your account balance will be forfeited on the earlier of the date:

- (a) of the distribution of your vested account balance, or
- (b) when you incur five consecutive 1-Year Breaks in Service.

If you received a distribution of your vested account balance and are rehired, you may have the right to repay this distribution. If you repay the entire amount of the distribution, your Employer will restore your account balance with your forfeited amount. You must repay this distribution within five years from your date of reemployment, or, if earlier, before you incur five 1-Year Breaks in Service. If you were 100% vested when you left, you do not have the opportunity to repay your distribution.

What happens if the Plan becomes a "top-heavy plan"?

Top-heavy plan. A retirement plan that primarily benefits "key employees" is called a "top-heavy plan." "Key employees" are certain owners or officers of your Employer. A plan is generally a "top-heavy plan" when more than 60% of the plan assets are attributable to "key employees." Each year, the Administrator is responsible for determining whether the Plan is a "top-heavy plan."

Top-heavy rules. If the Plan becomes top-heavy in any Plan Year, then non-key employees may be entitled to certain "top-heavy minimum benefits," and other special rules will apply. These top-heavy rules include the following:

- Your Employer may be required to make a contribution on your behalf in order to provide you with at least "top-heavy minimum benefits."
- If you are a Participant in more than one Plan, you may not be entitled to "top-heavy minimum benefits" under both Plans.

ARTICLE V DISTRIBUTIONS PRIOR TO TERMINATION

Can I withdraw money from my account while working?

In-service distributions. You may be entitled to receive an in-service distribution. However, this distribution is not in addition to your other benefits and will therefore reduce the value of the benefits you will receive at retirement. This distribution is made at your election and will be made in accordance with the forms of distributions available under the Plan.

Conditions and limitations. Generally you may receive a distribution from the Plan from certain accounts prior to your termination of employment provided you satisfy the condition described below:

- you have reached Normal Retirement Age

ARTICLE VI BENEFITS AND DISTRIBUTIONS UPON TERMINATION OF EMPLOYMENT

When can I get money out of the Plan?

You may receive a distribution of the vested portion of some or all of your accounts in the Plan for the following reasons:

- termination of employment for reasons other than death, disability or retirement
- normal retirement
- disability
- death

This Plan is designed to provide you with retirement benefits. However, distributions are permitted if you die or become disabled. In addition, certain payments are permitted when you terminate employment for any other reason. The rules under which you can receive a distribution are described in this Article. The rules regarding the payment of death benefits to your beneficiary are described in "Benefits and Distributions Upon Death."

You may also receive distributions while you are still employed with the Employer. (See the Article entitled "Distributions Prior to Termination" for a further explanation.)

Military service. If you are a veteran and are reemployed under the Uniformed Services Employment and Reemployment Rights Act of 1994, your qualified military service may be considered service with the Employer. There may also be benefits for employees who die or

become disabled while on active duty. Employees who receive wage continuation payments while in the military may benefit from various changes in the law. If you think you may be affected by these rules, ask the Administrator for further details.

Distributions for deemed severance of employment. If you are on active duty for more than 30 days, then the Plan generally treats you as having severed employment for distribution purposes. This means that you may request a distribution from the Plan. If you request a distribution on account of this deemed severance of employment, then you are not permitted to make any contributions to the Plan for six (6) months after the date of the distribution.

What happens if I terminate employment before death, disability or retirement?

If your employment terminates for reasons other than death, disability or normal retirement, you will be entitled to receive only the "vested percentage" of your account balance.

You may elect to have your vested account balance distributed to you as soon as administratively feasible after the last day of the Plan Year coinciding with or next following the date on which you terminate employment. However, if the value of your vested account balance does not exceed \$1,000, then a distribution will be made to you regardless of whether you consent to receive it. (See the question entitled "How will my benefits be paid to me?" for additional information.)

What happens if I terminate employment at Normal Retirement Date?

Normal Retirement Date. You will attain your Normal Retirement Age when you reach age 65, or your 5th anniversary of joining the Plan, if later. Your Normal Retirement Date is the date on which you attain your Normal Retirement Age.

Payment of benefits. You will become 100% vested in all of your accounts under the Plan once you attain your Normal Retirement Age. However, the actual payment of benefits generally will not begin until you reach your Normal Retirement Date (even if employment has not terminated). In such event, a distribution will be made, at your election, as soon as administratively feasible. If you remain employed past your Normal Retirement Date, you may generally defer the receipt of benefits until you actually terminate employment. In such event, benefit payments will begin as soon as feasible at your request, but generally not later than age 70 1/2. (See the question entitled "How will my benefits be paid to me?" for an explanation of how these benefits will be paid.)

What happens if I terminate employment due to disability?

Definition of disability. Under the Plan, disability is defined as a physical or mental condition resulting from bodily injury, disease, or mental disorder which renders you incapable of continuing any gainful occupation and which has lasted or can be expected to last for a continuous period of at least twelve (12) months. Your disability must be determined by a licensed physician. However, if your condition constitutes total disability under the federal Social Security Act, then the Administrator may deem that you are disabled for purposes of the Plan.

Payment of benefits. If you become disabled while an employee, you will become 100% vested in all of your accounts under the Plan. Payment of your disability benefits will be made to you as if you had retired. However, if the value of your account balance does not exceed \$1,000, then a distribution of your account balance will be made to you, regardless of whether you consent to receive it. (See the question entitled "How will my benefits be paid to me?" for an explanation of how these benefits will be paid.)

How will my benefits be paid to me?

Forms of distribution. If your vested account balance does not exceed \$5,000, then your vested account balance may only be distributed to you in a single lump-sum payment.

In addition, if your vested account balance exceeds \$1,000, you must consent to any distribution before it may be made. If your vested account balance exceeds \$5,000, you may elect to receive a distribution of your vested account balance in:

- a single lump-sum payment
- partial withdrawals or installments but only with respect to Participants or beneficiaries who must receive minimum required distributions, over a period of not more than your assumed life expectancy (or the assumed life expectancies of you and your beneficiary). (See below "Delaying distributions." for an explanation of minimum required distributions.)

Delaying distributions. You may delay the distribution of your vested account balance unless a distribution is required to be made, as explained earlier, because your vested account balance does not exceed \$1,000. However, if you elect to delay the distribution of your vested account balance, there are rules that require that certain minimum distributions be made from the Plan. If you are a 5% owner, distributions are required to begin not later than the April 1st following the end of the year in which you reach age 70 1/2. If you are not a 5% owner, distributions are required to begin not later than the April 1st following the later of the end of the year in which you reach age 70 1/2 or retire. You should contact the Administrator if you think you may be affected by these rules.

Medium of payment. Benefits under the Plan will generally be paid to you in cash only.

ARTICLE VII BENEFITS AND DISTRIBUTIONS UPON DEATH

What happens if I die while working for the Employer?

If you die while still employed by the Employer, then your vested account balance will be used to provide your beneficiary with a death benefit.

Who is the beneficiary of my death benefit?

Married Participant. If you are married at the time of your death, your spouse will be the beneficiary of the entire death benefit unless an election is made to change the beneficiary. IF YOU WISH TO DESIGNATE A BENEFICIARY OTHER THAN YOUR SPOUSE, YOUR SPOUSE (IF YOU ARE MARRIED) MUST IRREVOCABLY CONSENT TO WAIVE ANY RIGHT TO THE DEATH BENEFIT. YOUR SPOUSE'S CONSENT MUST BE IN WRITING, BE WITNESSED BY A NOTARY OR A PLAN REPRESENTATIVE AND ACKNOWLEDGE THE SPECIFIC NONSPOUSE BENEFICIARY.

If you are married and you change your designation, then your spouse must again consent to the change. In addition, you may elect a beneficiary other than your spouse without your spouse's consent if your spouse cannot be located.

Unmarried Participant. If you are not married, you may designate a beneficiary on a form to be supplied to you by the Administrator.

Divorce. If you have designated your spouse as your beneficiary for all or a part of your death benefit, then upon your divorce, the designation is no longer valid. This means that if you do not select a new beneficiary after your divorce, then you are treated as not having a beneficiary for that portion of the death benefit (unless you have remarried).

No beneficiary designation. At the time of your death, if you have not designated a beneficiary or your beneficiary is also not alive, the death benefit will be paid in the following order of priority to:

- (a) your surviving spouse
- (b) your children, including adopted children in equal shares (and if a child is not living, that child's share will be distributed to that child's heirs)
- (c) your surviving parents, in equal shares
- (d) your estate

How will the death benefit be paid to my beneficiary?

Form of distribution. If the death benefit payable to a beneficiary does not exceed \$5,000, then the benefit may only be paid as a lump-sum. If the death benefit exceeds \$5,000, your beneficiary may elect to have the death benefit paid in:

- a single lump-sum payment
- partial withdrawals or installments that do not exceed the limitations on when the entire death benefit must be paid. (See below "When must the last payment be made to my beneficiary?")

When must the last payment be made to my beneficiary?

The law generally restricts the ability of a retirement plan to be used as a method of retaining money for purposes of your death estate. Thus, there are rules that are designed to ensure that death benefits are distributable to beneficiaries within certain time periods.

Regardless of the method of distribution selected, if your designated beneficiary is a person (rather than your estate or some trusts) then minimum distributions of your death benefit will begin by the end of the year following the year of your death ("1-year rule") and must be paid over a period not extending beyond your beneficiary's life expectancy. If your spouse is the beneficiary, then under the "1-year rule," the start of payments will be delayed until the year in which you would have attained age 70 1/2 unless your spouse elects to begin distributions over his or her life expectancy before then. However, instead of the "1-year rule" your beneficiary may elect to have the entire death benefit paid by the end of the fifth year following the year of your death (the "5-year rule"). Generally, if your beneficiary is not a person, your entire death benefit must be paid under the "5-year rule."

Since your spouse has certain rights to the death benefit, you should immediately report any change in your marital status to the Administrator.

What happens if I'm a Participant, terminate employment and die before receiving all my benefits?

If you terminate employment with the Employer and subsequently die, your beneficiary will be entitled to your remaining interest in the Plan at the time of your death. The provision in the Plan providing for full vesting of your benefit upon death does not apply if you die after terminating employment.

ARTICLE VIII TAX TREATMENT OF DISTRIBUTIONS

What are my tax consequences when I receive a distribution from the Plan?

Generally, you must include any Plan distribution in your taxable income in the year in which you receive the distribution. The tax treatment may also depend on your age when you receive the distribution. Certain distributions made to you when you are under age 59 1/2 could be subject to an additional 10% tax.

Can I elect a rollover to reduce or defer tax on my distribution?

Rollover or direct transfer. You may reduce, or defer entirely, the tax due on your distribution through use of one of the following methods:

60-day rollover. The rollover of all or a portion of the distribution to an individual retirement account or annuity (IRA) or another employer retirement plan willing to accept the rollover. This will result in no tax being due until you begin withdrawing funds from the IRA or other qualified employer plan. The rollover of the distribution, however, MUST be made within strict time frames (normally, within 60 days after you receive your distribution). Under certain circumstances, all or a portion of a distribution may not qualify for this rollover treatment. In addition, most distributions will be subject to mandatory federal income tax withholding at a rate of 20%. This will reduce the amount you actually receive. For this reason, if you wish to roll over all or a portion of your distribution amount, then the direct transfer option described below would be the better choice.

Direct rollover. For most distributions, you may request that a direct transfer (sometimes referred to as a "direct rollover") of all or a portion of a distribution be made to either an individual retirement account or annuity (IRA) or another employer retirement plan willing to accept the transfer. A direct transfer will result in no tax being due until you withdraw funds from the IRA or other employer plan. Like the rollover, under certain circumstances all or a portion of the amount to be distributed may not qualify for this direct transfer. If you elect to actually receive the distribution rather than request a direct transfer, then in most cases 20% of the distribution amount will be withheld for federal income tax purposes.

Tax Notice. WHENEVER YOU RECEIVE A DISTRIBUTION THAT IS AN ELIGIBLE ROLLOVER DISTRIBUTION, THE ADMINISTRATOR WILL DELIVER TO YOU A MORE DETAILED EXPLANATION OF THESE OPTIONS. HOWEVER, THE RULES WHICH DETERMINE WHETHER YOU QUALIFY FOR FAVORABLE TAX TREATMENT ARE VERY COMPLEX. YOU SHOULD CONSULT WITH QUALIFIED TAX COUNSEL BEFORE MAKING A CHOICE.

ARTICLE IX PROTECTED BENEFITS AND CLAIMS PROCEDURES

Are my benefits protected?

As a general rule, your interest in your account, including your "vested interest," may not be alienated. This means that your interest may not be sold, used as collateral for a loan, given away or otherwise transferred. In addition, your creditors (other than the IRS) may not attach, garnish or otherwise interfere with your benefits under the Plan.

Are there any exceptions to the general rule?

There are three exceptions to this general rule. The Administrator must honor a "qualified domestic relations order." A "qualified domestic relations order" is defined as a decree or order issued by a court that obligates you to pay child support or alimony, or otherwise allocates a portion of your assets in the Plan to your spouse, former spouse, children or other dependents. If a "qualified domestic relations order" is received by the Administrator, all or a portion of your benefits may be used to satisfy that obligation. The Administrator will determine the validity of any domestic relations order received. You and your beneficiaries can obtain from the Administrator, without charge, a copy of the procedure used by the Administrator to determine whether a "qualified domestic relations order" is valid.

The second exception applies if you are involved with the Plan's operation. If you are found liable for any action that adversely affects the Plan, the Administrator can offset your benefits by the amount that you are ordered or required by a court to pay the Plan. All or a portion of your benefits may be used to satisfy any such obligation to the Plan.

The last exception applies to federal tax levies and judgments. The federal government is able to use your interest in the Plan to enforce a federal tax levy and to collect a judgment resulting from an unpaid tax assessment.

Can the Plan be amended?

Your Employer has the right to amend the Plan at any time. In no event, however, will any amendment authorize or permit any part of the Plan assets to be used for purposes other than the exclusive benefit of Participants or their beneficiaries. Additionally, no amendment will cause any reduction in the amount credited to your account.

What happens if the Plan is discontinued or terminated?

Although your Employer intends to maintain the Plan indefinitely, your Employer reserves the right to terminate the Plan at any time. Upon termination, no further contributions will be made to the Plan and all amounts credited to your accounts will become 100% vested. Your Employer will direct the distribution of your accounts in a manner permitted by the Plan as soon as practicable. (See the question entitled "How will my benefits be paid to me?" for a further explanation.) You will be notified if the Plan is terminated.

How do I submit a claim for Plan benefits?

You may file a claim for benefits by submitting a written request for benefits to the Plan Administrator. You should contact the Plan Administrator to see if there is an applicable distribution form that must be used. If no specific form is required or available, then your written request for a distribution will be considered a claim for benefits. In the case of a claim for disability benefits, if disability is determined by the Plan Administrator (rather than by a third party such as the Social Security Administration), then you must also include with your claim sufficient evidence to enable the Plan Administrator to make a determination on whether you are disabled.

Decisions on the claim will be made within a reasonable period of time appropriate to the circumstances. "Days" means calendar days. If the Plan Administrator determines the claim is valid, then you will receive a statement describing the amount of benefit, the method or methods of payment, the timing of distributions and other information relevant to the payment of the benefit.

For purposes of the claims procedures described below, "you" refers to you, your authorized representative, or anyone else entitled to benefits under the Plan (such as a beneficiary). A document, record, or other information will be considered relevant to a claim if it:

- was relied upon in making the benefit determination;
- was submitted, considered, or generated in the course of making the benefit determination, without regard to whether it was relied upon in making the benefit determination;
- demonstrated compliance with the administrative processes and safeguards designed to ensure and to verify that benefit determinations are made in accordance with Plan documents and Plan provisions have been applied consistently with respect to all claimants; or
- constituted a statement of policy or guidance with respect to the Plan concerning the denied treatment option or benefit.

The Plan may offer additional voluntary appeal and/or mandatory arbitration procedures other than those described below. If applicable, the Plan will not assert that you failed to exhaust administrative remedies for failure to use the voluntary procedures, any statute of limitations or other defense based on timeliness is tolled during the time a voluntary appeal is pending; and the voluntary process is available only after exhaustion of the appeals process described in this section. If mandatory arbitration is offered by the Plan, the arbitration must be conducted instead of the appeal process described in this section, and you are not precluded from challenging the decision under ERISA §501(a) or other applicable law.

What if my benefits are denied?

Your request for Plan benefits will be considered a claim for Plan benefits, and it will be subject to a full and fair review. If your claim is wholly or partially denied, the Administrator will provide you with a written or electronic notification of the Plan's adverse determination. This written or electronic notification must be provided to you within a reasonable period of time, but not later than 90 days (except as provided below for disability claims) after the receipt of your claim by the Administrator, unless the Administrator determines that special circumstances require an extension of time for processing your claim. If the Administrator determines that an extension of time for processing is required, written notice of the extension will be furnished to you prior to the termination of the initial 90-day period. In no event will such extension exceed a period of 90 days from the end of such initial period. The extension notice will indicate the special circumstances requiring an extension of time and the date by which the Plan expects to render the benefit determination.

In the case of a claim for disability benefits, if disability is determined by the Plan Administrator (rather than a third party such as the Social Security Administration), then instead of the above, the initial claim must be resolved within 45 days of receipt by the Plan. A Plan may, however, extend this decision-making period for an additional 30 days for reasons beyond the control of the Plan. The Plan will notify you of the extension prior to the end of the 45-day period. If, after extending the time period for a first period of 30 days, the Plan Administrator determines that it will still be unable, for reasons beyond the control of the Plan, to make a decision within the extension period, the Plan may extend decision making for a second 30-day period. Appropriate notice will be provided to you before the end of the first 45 days and again before the end of each succeeding 30-day period. This notice will explain the circumstances requiring the extension and the date the Plan Administrator expects to render a decision. It will explain the standards on which entitlement to the benefits is based,

the unresolved issues that prevent a decision, the additional issues that prevent a decision, and the additional information needed to resolve the issues. You will have 45 days from the date of receipt of the Plan Administrator's notice to provide the information required.

If the Plan Administrator determines that all or part of the claim should be denied (an "adverse benefit determination"), it will provide a notice of its decision in written or electronic form explaining your appeal rights. An "adverse benefit determination" also includes a rescission, which is a retroactive cancellation or termination of entitlement to disability benefits. The notice will be provided in a culturally and linguistically appropriate manner and will state:

- (a) The specific reason or reasons for the adverse determination.
- (b) Reference to the specific Plan provisions on which the determination was based.
- (c) A description of any additional material or information necessary for you to perfect the claim and an explanation of why such material or information is necessary.
- (d) A description of the Plan's review procedures and the time limits applicable to such procedures. This will include a statement of your right to bring a civil action under section 502(a) of ERISA following an adverse benefit determination on review.
- (e) In the case of a claim for disability benefits if disability is determined by the Plan Administrator (rather than a third party such as the Social Security Administration), then the following additional information will be provided:
 - (i) A discussion of the decision, including an explanation of the basis for disagreeing with or not following:
 - The views you presented to the Plan of health care professionals treating the claimant and vocational professionals who evaluated you;
 - The views of medical or vocational experts whose advice was obtained on behalf of the Plan in connection with an adverse benefit determination, without regard to whether the advice was relied upon in making the benefit determination; or
 - A disability determination made by the Social Security Administration and presented by you to the Plan.
 - (ii) Either the internal rules, guidelines, protocols, or other similar criteria relied upon to make a determination, or a statement that such rules, guidelines, protocols, or other criteria do not exist.
 - (iii) If the adverse benefit determination is based on a medical necessity or experimental treatment and/or investigational treatment or similar exclusion or limit, an explanation of the scientific or clinical judgment for the determination, applying the terms of the Plan to your medical circumstances. If this is not practical, a statement will be included that such explanation will be provided to you free of charge, upon request.
 - (iv) A statement that you are entitled to receive, upon request and free of charge, reasonable access to, and copies of, all documents, records, and other information relevant to the claim.

If your claim has been denied, and you want to submit your claim for review, you must follow the Claims Review Procedure in the next question.

What is the Claims Review Procedure?

Upon the denial of your claim for benefits, you may file your claim for review, in writing, with the Administrator.

- (a) YOU MUST FILE THE CLAIM FOR REVIEW NOT LATER THAN 60 DAYS (EXCEPT AS PROVIDED BELOW FOR DISABILITY CLAIMS) AFTER YOU HAVE RECEIVED WRITTEN NOTIFICATION OF THE DENIAL OF YOUR CLAIM FOR BENEFITS.

IF YOUR CLAIM IS FOR DISABILITY BENEFITS AND DISABILITY IS DETERMINED BY THE PLAN ADMINISTRATOR (RATHER THAN A THIRD PARTY SUCH AS THE SOCIAL SECURITY ADMINISTRATION), THEN INSTEAD OF THE ABOVE, YOU MUST FILE THE CLAIM FOR REVIEW NOT LATER THAN 180 DAYS FOLLOWING RECEIPT OF NOTIFICATION OF AN ADVERSE BENEFIT DETERMINATION. IN THE CASE OF AN ADVERSE BENEFIT DETERMINATION REGARDING A RESCISSION OF COVERAGE, YOU MUST REQUEST A REVIEW WITHIN 90 DAYS OF THE NOTICE.

- (b) You may submit written comments, documents, records, and other information relating to your claim for benefits.
- (c) You will be provided, upon request and free of charge, reasonable access to, and copies of, all documents, records, and other information relevant to your claim for benefits.

- (d) Your claim for review must be given a full and fair review. This review will take into account all comments, documents, records, and other information submitted by you relating to your claim, without regard to whether such information was submitted or considered in the initial benefit determination.

In addition to the Claims Review Procedure above, if your claim is for disability benefits and disability is determined by the Plan Administrator (rather than a third party such as the Social Security Administration), then:

- (a) Your claim will be reviewed without deference to the initial adverse benefit determination and the review will be conducted by an appropriate named fiduciary of the Plan who is neither the individual who made the adverse benefit determination that is the subject of the appeal, nor the subordinate of such individual.
- (b) If the initial adverse benefit determination was based on a medical judgment, including determinations with regard to whether a particular treatment, drug, or other item is experimental, investigational, or not medically necessary or appropriate, the fiduciary will consult with a health care professional who was neither involved in or subordinate to the person who made the original benefit determination. This health care professional will have appropriate training and experience in the field of medicine involved in the medical judgment. Additionally, medical or vocational experts whose advice was obtained on behalf of the Plan in connection with the initial determination will be identified.
- (c) Any medical or vocational experts whose advice was obtained on behalf of the Plan in connection with your adverse benefit determination will be identified, without regard to whether the advice was relied upon in making the benefit determination.
- (d) If the Plan considers, relies upon or creates any new or additional evidence during the review of the adverse benefit determination, the Plan will provide such new or additional evidence to you, free of charge, as soon as possible and sufficiently in advance of the time within which a determination on review is required to allow you time to respond.
- (e) Before the Plan issues an adverse benefit determination on review that is based on a new or additional rationale, the Plan Administrator must provide you with a copy of the rationale at no cost to you. The rationale must be provided as soon as possible and sufficiently in advance of the time within which a final determination on appeal is required to allow you time to respond.

The Administrator will provide you with written or electronic notification of the Plan's benefit determination on review. The Administrator must provide you with notification of this denial within 60 days (45 days with respect to claims relating to the determination of disability benefits) after the Administrator's receipt of your written claim for review, unless the Administrator determines that special circumstances require an extension of time for processing your claim. In such a case, you will be notified, before the end of the initial review period, of the special circumstances requiring the extension and the date a decision is expected. If an extension is provided, the Plan Administrator must notify you of the determination on review no later than 120 days (or 90 days with respect to claims relating to the determination of disability benefits).

The Plan Administrator will provide written or electronic notification to you in a culturally and linguistically appropriate manner. If the initial adverse benefit determination is upheld on review, the notice will include:

- (a) The specific reason or reasons for the adverse determination.
- (b) Reference to the specific Plan provisions on which the benefit determination was based.
- (c) A statement that you are entitled to receive, upon request and free of charge, reasonable access to, and copies of, all documents, records, and other information relevant to your claim for benefits.
- (d) In the case of a claim for disability benefits, if disability is determined by the Plan Administrator (rather than a third party such as the Social Security Administration):
 - (i) Either the specific internal rules, guidelines, protocols, or other similar criteria relied upon to make the determination, or a statement that such rules, guidelines, protocols, or criteria do not exist.
 - (ii) If the adverse benefit determination is based on a medical necessity or experimental treatment and/or investigational treatment or similar exclusion or limit, an explanation of the scientific or clinical judgment for the determination, applying the terms of the Plan to your medical circumstances. If this is not practical, a statement will be included that such explanation will be provided to you free of charge, upon request.
 - (iii) A statement of your right to bring a civil action under section 502(a) of ERISA and, if the Plan imposes a contractual limitations period that applies to your right to bring such an action, a statement to that effect which includes the calendar date on which such limitation expires on the claim.

If the Plan offers voluntary appeal procedures, a description of those procedures and your right to obtain sufficient information about those procedures upon request to enable you to make an informed decision about whether to submit to such voluntary

appeal. These procedures will include a description of your right to representation, the process for selecting the decision maker and the circumstances, if any, that may affect the impartiality of the decision maker. No fees or costs will be imposed on you as part of the voluntary appeal. A decision whether to use the voluntary appeal process will have no effect on your rights to any other Plan benefits.

(iv) A discussion of the decision, including an explanation of the basis for disagreeing with or not following:

- the views presented by the claimant to the Plan of health care professionals treating you and vocational professionals who evaluated you;
- the views of medical or vocational experts whose advice was obtained on behalf of the Plan in connection with an adverse benefit determination, without regard to whether the advice was relied upon in making the benefit determination; or
- a disability determination made by the Social Security Administration and presented by you to the Plan.

If you have a claim for benefits which is denied, then you may file suit in a state or federal court. However, in order to do so, you must file the suit not later than 180 days after the Administrator makes a final determination to deny your claim.

What are my rights as a Plan Participant?

As a Participant in the Plan you are entitled to certain rights and protections under the Employee Retirement Income Security Act of 1974 (ERISA). ERISA provides that all Plan Participants are entitled to:

- (a) Examine, without charge, at the Administrator's office and at other specified locations, all documents governing the Plan and a copy of the latest annual report (Form 5500 Series) filed by the Plan with the U.S. Department of Labor and available at the Public Disclosure Room of the Employee Benefits Security Administration.
- (b) Obtain, upon written request to the Administrator, copies of documents governing the operation of the Plan, including insurance contracts and collective bargaining agreements, and copies of the latest annual report (Form 5500 Series) and updated Summary Plan Description. The Administrator may make a reasonable charge for the copies.
- (c) Receive a summary of the Plan's annual financial report. The Administrator is required by law to furnish each Participant with a copy of this summary annual report.

In addition to creating rights for Plan Participants, ERISA imposes duties upon the people who are responsible for the operation of the Plan. The people who operate your Plan, called "fiduciaries" of the Plan, have a duty to do so prudently and in the interest of you and other Plan Participants and beneficiaries. No one, including your Employer or any other person, may fire you or otherwise discriminate against you in any way to prevent you from obtaining a pension benefit or exercising your rights under ERISA.

If your claim for a pension benefit is denied or ignored, in whole or in part, you have a right to know why this was done, to obtain copies of documents relating to the decision without charge, and to appeal any denial, all within certain time schedules.

Under ERISA, there are steps you can take to enforce the above rights. For instance, if you request a copy of Plan documents or the latest annual report from the Plan and do not receive them within 30 days, you may file suit in a federal court. In such a case, the court may require the Administrator to provide the materials and pay you up to \$110.00 a day until you receive the materials, unless the materials were not sent because of reasons beyond the control of the Administrator.

If you have a claim for benefits which is denied or ignored, in whole or in part, you may file suit in a state or federal court. In addition, if you disagree with the Plan's decision or lack thereof concerning the qualified status of a domestic relations order or a medical child support order, you may file suit in federal court. You and your beneficiaries can obtain, without charge, a copy of the "qualified domestic relations order" (QDRO) procedures from the Administrator.

If it should happen that the Plan's fiduciaries misuse the Plan's money, or if you are discriminated against for asserting your rights, you may seek assistance from the U.S. Department of Labor, or you may file suit in a federal court. The court will decide who should pay court costs and legal fees. If you are successful, the court may order the person you have sued to pay these costs and fees. The court may order you to pay these costs and fees if you lose or if, for example, it finds your claim is frivolous.

What can I do if I have questions or my rights are violated?

If you have any questions about the Plan, you should contact the Administrator. If you have any questions about this statement or about your rights under ERISA, or if you need assistance in obtaining documents from the Administrator, you should contact the nearest office of the Employee Benefits Security Administration, U.S. Department of Labor, listed in the telephone directory or the Division of Technical Assistance and Inquiries, Employee Benefits Security Administration, U.S. Department of Labor, 200 Constitution Avenue, N.W.,

Washington, D.C. 20210. You may also obtain certain publications about your rights and responsibilities under ERISA by calling the publications hotline of the Employee Benefits Security Administration.

ARTICLE X GENERAL INFORMATION ABOUT THE PLAN

There is certain general information which you may need to know about the Plan. This information has been summarized for you in this Article.

Plan Name

The full name of the Plan is American Legacy Stucco & Stone, Inc. Defined Contribution Plan.

Plan Number

Your Employer has assigned Plan Number 001 to your Plan.

Plan Effective Dates

Effective Date. This Plan was originally effective on January 1, 2015. The amended and restated provisions of the Plan become effective on January 1, 2021. However, this restatement was made to conform the Plan to new tax laws and some provisions may be retroactively effective.

Other Plan Information

Valuation date. Valuations of the Plan assets are generally made annually on the last day of the Plan Year. Certain distributions are based on the Anniversary Date of the Plan. This date is the last day of the Plan Year.

Plan Year. The Plan's records are maintained on a twelve-month period of time. This is known as the Plan Year. The Plan Year begins on January 1st and ends on December 31st.

The Plan will be governed by the laws of Arizona to the extent not governed by federal law.

Benefits provided by the Plan are NOT insured by the Pension Benefit Guaranty Corporation (PBGC) under Title IV of the Employee Retirement Income Security Act of 1974 because the insurance provisions under ERISA are not applicable to this type of Plan.

Service of legal process may be made upon your Employer. Service of legal process may also be made upon the Trustee or Administrator.

Employer Information

Your Employer's name, contact information and identification number are:

American Legacy Stucco & Stone, Inc.
12455 North 92nd Drive Building B, Suite 103
Peoria, Arizona 85381
27-3892368
Telephone: (480) 253-0847

Administrator Information

The Administrator is responsible for the day-to-day administration and operation of the Plan. For example, the Administrator maintains the Plan records, including your account information, provides you with the forms you need to complete for Plan participation, and directs the payment of your account at the appropriate time. The Administrator will also allow you to review the formal Plan document and certain other materials related to the Plan. If you have any questions about the Plan or your participation, you should contact the Administrator. The Administrator may designate other parties to perform some duties of the Administrator.

The Administrator has the complete power, in its sole discretion, to determine all questions arising in connection with the administration, interpretation, and application of the Plan (and any related documents and underlying policies). Any such determination by the Administrator is conclusive and binding upon all persons.

Your Administrator's name and contact information are:

American Legacy Stucco & Stone, Inc.
12455 North 92nd Drive Building B, Suite 103
Peoria, Arizona 85381

Telephone: (480) 253-0847

Plan Trustee Information and Plan Funding Medium

All money that is contributed to the Plan is held in a Trust Fund. The Trustee is responsible for the safekeeping of the Trust Fund. The Trust Fund is the funding medium used for the accumulation of assets from which benefits will be distributed. While all the Plan assets are held in a Trust Fund, the Administrator separately accounts for each Participant's interest in the Plan.

The Plan's Trustee is listed below with their contact information:

John Harrington, Trustee

12455 North 92nd Drive Building B, Suite 103

Peoria, Arizona 85381

Telephone: (480) 253-0847



PROPORCIONADO POR



+1-662-MODRNHR
+1-662-663-7647
modernhr.com

