

Nuevo empleado

GUÍA DE BIENVENIDA

¡Bienvenido a American Legacy! ¡Comencemos!



AMERICAN
LEGACY
stucco & stone



0%



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



Bienvenido

En nombre de American Legacy Stucco & Stone, le damos una cálida y sincera bienvenida. Esperamos que disfrute de su trabajo y nos complace tenerlo con nosotros. Entendemos que nuestros empleados brindan los servicios que nuestros clientes esperan de nosotros y creemos que cada uno contribuye directamente al crecimiento y éxito de American Legacy Stucco & Stone.

Esperamos que tu experiencia aquí sea estimulante, agradable y gratificante. ¡Nos entusiasma tenerte en nuestro equipo!

Este paquete de bienvenida incluye la información básica de la empresa que necesita conocer y recopila la información necesaria para la incorporación. Revise los documentos y complete la información solicitada.

Estamos aquí para ayudarle a revisar cualquier duda que tenga. Si tiene alguna pregunta, por favor, consulte con nuestro equipo de soporte en HR@american-stucco.com antes de firmar.

¡Bienvenido a bordo!

IMPORTANTE: Necesitará acceso a Internet (un dispositivo móvil está bien) y la capacidad de cargar elementos, como su licencia de conducir, foto de perfil y documentos I-9.



Guía de bienvenida Contenido

BIENVENIDO

Idiomas y contacto	2
Mensaje del propietario	3
Equipo de soporte	5

POLÍTICAS CLAVE

Aspectos generales destacados	6
Aspectos de seguridad destacados	10

EMPLEO

Solicitud	14
Foto de perfil	15
Detalles del empleo	16
Descripción del trabajo	17
Formulario I-9	18
Recibo del manual	22

BENEFICIOS

Elegibilidad	26
Opciones de plan	28
EMI Health	30
Telemedicina	32
GoodRx	34
Tiempo libre remunerado.	36
Jubilación	37
Inscribirse/Renunciar	38

CIERRE

Lista de verificación para nuevos empleados (HR)	40
Gracias y bienvenido	41

AVISOS LEGALES

Empleo	43
Seguros.....	72
Jubilación	134

Equipo de soporte

Estamos aquí para ayudar

Nunca estás solo. Cuentas con un equipo completo que puede ayudarte si tu gerente no está disponible.



Raymond López
Gerente de Operaciones
555-555-5555
Ray@american-stucco.com



Marcy Snyder
Gerente de oficina
602-799-0513 HR@american-stucco.com



Brenda Angle
Coordinador Administrativo
602-799-0513
RR.HH.@american-stucco.com



Ana Cicotte
Coordinador Administrativo
602-799-0513
RR.HH.@american-stucco.com

En cualquier idioma

Queremos que todos se sientan cómodos y seguros al comprender la información del lugar de trabajo y compartir sus ideas. Sabemos que el inglés puede no ser su lengua materna, y no hay problema; no queremos que el idioma sea un obstáculo para su éxito.

Puede contactar con RR. HH. a HR@american-stucco.com en el idioma que prefiera. La comunicación escrita nos permite responder con rapidez, realizar un seguimiento de los problemas y garantizar que no se pierda información en la traducción.

Siempre que sea posible, proporcionamos versiones en español de las políticas y formularios de la empresa. Tenga en cuenta que las traducciones no siempre son perfectas, por lo que la versión en inglés se considera la oficial. Sus comentarios son importantes: si observa algún aspecto que podría mejorarse en una traducción, infórmenos. Queremos que nuestros materiales sean lo más precisos y útiles posible.

Contáctenos →



10%



Aspectos destacados de la política

Como nuevo empleado, parte de su capacitación incluye aprender las políticas fundamentales que rigen nuestro trabajo seguro y responsable en American Legacy. En la siguiente sección, encontrará breves extractos y aprobaciones para revisar. Estos están diseñados para asegurar que comprenda los aspectos esenciales antes de asumir su puesto.

Tenga en cuenta que estos son solo resúmenes: todos los empleados también deben revisar y estar familiarizados con los detalles completos de la política tal como se describe en nuestro manual del empleado.

No discriminación y acoso sexual

American Legacy Stucco & Stone se compromete a mantener un lugar de trabajo seguro, respetuoso y libre de acoso y discriminación de cualquier tipo. Esto incluye la protección contra comportamientos basados en raza, sexo (incluido el embarazo, la identidad de género o la orientación sexual), edad, religión, nacionalidad, genética, discapacidad, condición de veterano o cualquier otra condición protegida.

No se tolerará el acoso ni el trato injusto de ningún tipo (ya sea verbal, físico o visual, incluidos los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados) en el lugar de trabajo, en eventos relacionados con el trabajo o en línea.

Acoso sexual

Debido a la gravedad y el impacto del acoso sexual, la Compañía aclara que está estrictamente prohibido. El acoso sexual incluye insinuaciones sexuales no deseadas, solicitudes de favores sexuales u otras conductas de naturaleza sexual que generen un ambiente laboral hostil, intimidante u ofensivo. Algunos ejemplos incluyen bromas o comentarios sexuales, miradas lascivas, tocamientos inapropiados o la exhibición de imágenes sexualmente explícitas. Este tipo de comportamiento nunca es aceptable y conllevará medidas disciplinarias.

Si sufre o presencia acoso o discriminación, repórtelo inmediatamente a su gerente o al departamento de Recursos Humanos a HR@american-stucco.com. Todas las denuncias se tomarán en serio, se investigarán con prontitud y se mantendrán con la mayor confidencialidad posible.

No represalias

Se prohíbe estrictamente tomar represalias contra cualquier persona que plantee una inquietud o participe en una investigación. Cada empleado comparte la responsabilidad de contribuir a mantener un ambiente de trabajo respetuoso y libre de acoso.

Nombre del empleado

Firma del empleado

Fecha

Asistencia y confiabilidad

La puntualidad es una expectativa fundamental del trabajo. Los empleados deben llegar listos para trabajar al inicio de cada turno. Si va a llegar tarde, ausentarse o necesita salir temprano, contacte directamente con su gerente por teléfono, mensaje de texto o correo electrónico antes de que comience su turno, o lo antes posible si se trata de una emergencia.

No presentarse ni llamar dentro de las dos primeras horas de un turno se considera una ausencia por falta de llamada (NCNS). Dos ausencias consecutivas se considerarán una renuncia voluntaria.

Precisión en el cronometraje

Cada hora que trabaje debe registrarse en tiempo real mediante la aplicación QuickBooks Workforce. No se permite trabajar fuera del horario laboral y nadie puede modificar ni registrar el tiempo de otra persona. Si detecta algún error, informe a su gerente de inmediato para que lo corrija.

Horas extras y programación

A veces, las exigencias del negocio implican cambios de horario o la necesidad de trabajar horas extra. En ese caso, se le pagará tiempo y medio por las horas trabajadas que excedan las 40 en una semana (si es un empleado no exento). Las horas extra siempre deben ser aprobadas con antelación por su gerente. Incluso si se trabajan horas extra no autorizadas, se pagarán; sin embargo, las infracciones reiteradas pueden dar lugar a medidas disciplinarias. La flexibilidad es parte del trabajo y se espera que los empleados cooperen con los cambios de horario cuando sea necesario.

Nombre del empleado

Firma del empleado

Fecha

Despido administrativo

Los empleados que no realicen sus labores durante sesenta (60) días calendario consecutivos serán dados de baja administrativamente del registro laboral activo de la Empresa. Esta baja no se considera disciplinaria, pero sí representa la finalización de la relación laboral, al menos temporalmente.

Los empleados que hayan sido dados de baja administrativamente deben ser recontratados como nuevos empleados si se reincorporan al trabajo después de este período. Esto significa que están sujetos a todos los procesos y requisitos de nueva contratación y no conservarán su antigüedad ni sus prestaciones previas, a menos que la ley lo exija.

Nombre del empleado

Firma del empleado

Fecha



15%



Resolución de disputas

Valoramos a cada empleado y nos esforzamos por ofrecer un ambiente laboral positivo y respetuoso. A veces surgen desacuerdos o inquietudes, y nuestra Política de Resolución de Disputas describe un proceso justo para gestionarlos.

Se anima a los empleados a resolver primero los problemas directamente con las personas involucradas mediante una comunicación abierta y respetuosa. Si esto no es posible, deben informar el asunto a su gerente. Muchas inquietudes pueden resolverse rápidamente a este nivel.

Si el problema no se resuelve, es delicado o involucra políticas de la empresa o cumplimiento legal, debe enviarse por escrito a Recursos Humanos a HR@american-stucco.com. Nos tomamos muy en serio cada inquietud y nos esforzamos por resolver las disputas de forma justa, rápida y con respeto hacia todas las partes involucradas. La comunicación escrita garantiza que las inquietudes se revisen, se les dé seguimiento y se gestionen con prontitud.

Los empleados pueden presentar sus inquietudes en su idioma preferido y Recursos Humanos proporcionará respuestas tanto en inglés como en el idioma original utilizado.

Recursos Humanos revisará el asunto, recopilará información y emitirá una decisión por escrito, generalmente en un plazo de cinco días hábiles. Si se necesita más tiempo, los empleados recibirán actualizaciones semanales hasta que se resuelva el asunto. Si no está de acuerdo con la decisión de Recursos Humanos, puede presentar una apelación por escrito en un plazo de cinco días hábiles. La alta dirección revisará el caso y emitirá una decisión final por escrito.

Nombre del empleado

Firma del empleado

Fecha

Comentarios y quejas de los clientes

Los gerentes de planta del cliente tienen la autoridad para hacer cumplir las normas del lugar de trabajo, incluyendo las de seguridad. Si se denuncia una infracción, la empresa revisará el incidente, ofrecerá capacitación adicional si es necesario y podrá tomar medidas disciplinarias.

Si un empleado es declarado responsable de una infracción que resulte en una multa, esta podría imponérsele. Los empleados siempre recibirán una notificación por escrito de la infracción, el monto de la multa y el programa de deducciones antes de que se realicen. Cualquier deducción de nómina se realizará conforme a las leyes de salarios y horas, y nunca reducirá el salario por debajo del salario mínimo.

Nombre del empleado

Firma del empleado

Fecha

Comunicado de prensa

Como condición de empleo, todos los empleados otorgan a American Legacy Stucco & Stone el derecho irrevocable de usar, reproducir, publicar y distribuir su nombre, imagen, semejanza, voz y/o representaciones relacionadas con el trabajo en fotografías, videos, audio u otros medios creados en relación con su empleo.

Todos estos medios son propiedad exclusiva de la Compañía y pueden usarse, ahora o en el futuro, para cualquier propósito comercial legal, incluidos, entre otros, materiales de marketing, capacitación, publicidad y promoción, sin compensación adicional para el empleado.

Esta autorización se aplica a todos los medios creados durante el empleo y continúa a perpetuidad, incluso después de finalizar el empleo.

Los empleados que tengan preguntas o inquietudes con respecto a esta política pueden comunicarse con el Departamento de Recursos Humanos en HR@american-stucco.com.

Nombre del empleado

Firma del empleado

Fecha

Avisos electrónicos

Para promover la eficiencia, habilitar servicios de traducción, reducir el desperdicio de papel y los costos, American Legacy utiliza la distribución electrónica para la mayoría de las comunicaciones con los empleados. Esto incluye políticas, publicaciones, avisos y registros importantes. Se espera que los empleados revisen estos materiales regularmente para mantenerse informados sobre las novedades de la empresa.

Para acceder a la información electrónicamente, debe tener una dirección de correo electrónico activa y acceso a una computadora o dispositivo móvil con conexión a internet que permita ver archivos PDF. Es su responsabilidad mantener su dirección de correo electrónico actualizada para garantizar la entrega puntual.

Los empleados que no tengan acceso electrónico regular pueden solicitar asistencia a su gerente o a Recursos Humanos. Pueden solicitar copias impresas de cualquier aviso o política enviando un correo electrónico a HR@american-stucco.com.

La entrega electrónica de avisos tiene la misma validez que la entrega impresa. Los empleados son responsables de revisar todas las comunicaciones proporcionadas, ya sean electrónicas o impresas.

Nombre del empleado

Firma del empleado

Fecha



20%



Aspectos destacados de la política: seguridad

Como nuevo empleado, parte de su capacitación incluye aprender las políticas fundamentales que rigen nuestro trabajo seguro y responsable en American Legacy. En la siguiente sección, encontrará breves extractos y aprobaciones para revisar. Estos están diseñados para asegurar que comprenda los aspectos esenciales antes de asumir su puesto.

Tenga en cuenta que estos son solo resúmenes: todos los empleados también deben revisar y estar familiarizados con los detalles completos de la política tal como se describe en nuestro manual del empleado.

Compromiso con la seguridad

En American Legacy Stucco & Stone, la seguridad no es solo una política, sino parte de nuestro trabajo diario. El trabajo con piedra y estuco puede ser exigente, y queremos que todos los empleados regresen a casa sanos y salvos después de cada turno. Esto significa tomarnos la seguridad en serio, cuidarnos mutuamente y seguir las normas que nos protegen a todos.

Le proporcionamos la capacitación, el equipo y los recursos que necesita para realizar su trabajo correctamente. A cambio, esperamos que los utilice, informe de inmediato sobre peligros o lesiones e intervenga si observa algo inseguro. La seguridad es responsabilidad de todos, y cuando todos ponemos de nuestra parte, mantenemos el trabajo en marcha sin contratiempos y a nuestros equipos fuertes.

Informes de accidentes y lesiones

Si ocurre algo en el trabajo (una lesión, un accidente o un cuasi accidente), informe a su supervisor de inmediato. Debe enviar un breve mensaje de texto o correo electrónico con lo sucedido, dónde y quiénes estuvieron involucrados. Todos los informes DEBEN completarse antes de abandonar el lugar de trabajo el mismo día (y nunca después de 24 horas).

También puede reportar directamente a Recursos Humanos a HR@american-stucco.com. Reportar con prontitud nos ayuda a acelerar la atención médica, solucionar riesgos y gestionar correctamente la compensación laboral.

No represalias

Queremos que la gente se exprese. American Legacy no tolera represalias contra quienes reporten lesiones de buena fe, planteen un problema de seguridad o colaboren en una investigación. Nadie será castigado, degradado ni maltratado por hacer lo correcto. Si cree haber sufrido represalias, comuníquese de inmediato con Recursos Humanos a HR@american-stucco.com.

Nombre del empleado

Firma del empleado

Fecha

Conducta y limpieza en el lugar de trabajo

Cuando esté en las instalaciones de un cliente, representará tanto a American Legacy como a su equipo. Mantenga un comportamiento profesional: no use malas palabras ni fume en las instalaciones del cliente, y minimice el uso del teléfono personal. Sea siempre respetuoso con los clientes, sus invitados y sus propiedades.

Antes de empezar a trabajar, eche un vistazo rápido a su zona. Asegúrese de que sea segura, esté libre de obstáculos y de que nada cercano pueda dañarse mientras trabaja. Si detecta algún problema, informe al superintendente de obra antes de empezar.

Si algo se daña, infórmelo inmediatamente a su supervisor para que pueda solucionarse de manera rápida y profesional con el cliente.

Durante el día, mantenga su área limpia: no deje comida, bebidas ni basura tirada. Al final de su turno, haga una limpieza final y un recorrido para dejar el sitio seguro, ordenado y protegido. Un sitio de trabajo limpio mantiene a los equipos seguros y deja una buena impresión en nuestros clientes.

Preparación para emergencias

Cada sitio cuenta con su propio plan de respuesta ante emergencias. Siga las indicaciones del superintendente del cliente en todo momento; él está a cargo del sitio y de su plan de evacuación. Asegúrese de conocer sus expectativas, pregunte si tiene alguna duda y manténgalos informados de su ubicación y movimientos. En caso de emergencia, siga primero sus instrucciones y notifique a la gerencia de American Legacy lo antes posible.

Nombre del empleado

Firma del empleado

Fecha

Prevención de lesiones y enfermedades causadas por el calor

Trabajar al aire libre implica lidiar con el calor, y nos lo tomamos muy en serio. Para garantizar la seguridad de todos, siempre hay agua y sombra disponibles, y se recomienda tomar descansos cuando hace calor. Beba agua con frecuencia, incluso si no tiene sed, e informe a su supervisor de inmediato si empieza a sentirse mareado, enfermo o acalorado.

Cuida también a tus compañeros: si ves que alguien tiene problemas con el calor, avísanos. Si la situación parece grave, llamaremos al 911 de inmediato. La seguridad es lo primero, y mantenerse fresco e hidratado nos ayuda a seguir trabajando con fuerza.

Nombre del empleado

Firma del empleado

Fecha



25%



Equipos, EPP y superficies elevadas

En American Legacy, la seguridad empieza con el uso correcto de las herramientas adecuadas. Se espera que los empleados traten todos los equipos de la empresa con cuidado y los utilicen solo tras recibir la capacitación y autorización correspondientes. Si algo está roto, falta o no se siente seguro, deje de usarlo inmediatamente e informe a su supervisor. Nunca opere equipos inseguros o desconocidos.

Equipo de protección personal (EPP)

El equipo que usa es tan importante como las herramientas que utiliza. Debe usar casco, gafas de seguridad, guantes, protección contra caídas, respiradores y demás EPI cuando sea necesario, según las necesidades de seguridad de cada trabajo o tarea.

Compruebe siempre que su EPI le quede bien y esté en buen estado antes de empezar a trabajar. No comience ninguna tarea sin contar con el equipo de protección adecuado.

Andamios, escaleras y superficies elevadas

Gran parte de nuestro trabajo se realiza en altura, por lo que se requiere precaución adicional. Debe recibir capacitación antes de usar andamios, escaleras o equipos de protección contra caídas. Todos los andamios y escaleras deben inspeccionarse a diario, mantenerse despejados y usarse solo en terreno estable y nivelado. Al subir escaleras, mantenga tres puntos de apoyo y nunca transporte cargas pesadas a mano; utilice polipastos o cuerdas de mano.

Se requiere protección contra caídas al trabajar a seis pies o más del suelo, a menos que se cuente con barandillas u otro sistema de protección. Utilice siempre arneses, cuerdas de seguridad y puntos de anclaje seguros aprobados, e inspeccione su equipo antes de cada uso.

Su responsabilidad

Si observa equipo inseguro, falta de EPP o prácticas inseguras, repórtelo de inmediato. Todos compartimos la responsabilidad de mantener la seguridad en el lugar de trabajo, y seguir estas reglas ayuda a garantizar que todos los miembros del equipo regresen a casa sanos y salvos al final de la jornada.

Nombre del empleado

Firma del empleado

Fecha

Comunicación ambiental y de peligros

En American Legacy Stucco & Stone nos comprometemos a proteger tanto a nuestro personal como al medio ambiente. En cada obra, se espera que los empleados ayuden a controlar el polvo, utilicen estaciones de lavado adecuadas y desechen los materiales sobrantes de forma segura. Los combustibles, selladores y otros productos químicos deben almacenarse correctamente, y cualquier fuga o derrame debe reportarse de inmediato para que se pueda gestionar adecuadamente.

También tiene derecho a estar informado sobre cualquier producto químico peligroso con el que pueda encontrarse. Todos los materiales deben estar claramente etiquetados, las Fichas de Datos de Seguridad (FDS) están siempre disponibles y recibirá capacitación sobre cómo manipular productos químicos de forma segura. El uso de equipo de protección personal es obligatorio cuando sea necesario, y cualquier inquietud debe comunicarse con su supervisor o con el departamento de Recursos Humanos a HR@american-stucco.com.

Nombre del empleado

Firma del empleado

Fecha

Uso y mantenimiento del vehículo

Al conducir para American Legacy Stucco & Stone, ya sea en un vehículo de la empresa o en el suyo propio, la seguridad y la profesionalidad son nuestra prioridad. Todos los conductores deben tener una licencia de conducir válida, un historial de conducción aceptable y, si utilizan un vehículo personal, contar con el seguro correspondiente. Cualquier cambio en su licencia o estado de conducción debe notificarse de inmediato.

Los vehículos de la empresa son exclusivamente para uso comercial, a menos que la gerencia autorice lo contrario por escrito. Se espera que los conductores respeten todas las normas de tránsito, usen el cinturón de seguridad y eviten distracciones como el uso del teléfono. No se tolerará la conducción bajo los efectos del alcohol, las conductas imprudentes ni las prácticas inseguras.

Antes de cada viaje, revise rápidamente los frenos, las llantas, las luces y los líquidos para asegurarse de que el vehículo sea seguro. Reporte cualquier problema antes de conducir. Los vehículos deben mantenerse limpios y no se permite fumar en su interior.

Si ocurre un accidente, su prioridad es la seguridad. Llame a los servicios de emergencia si es necesario y notifique a su supervisor inmediatamente, antes de abandonar el lugar. Es posible que se requiera un informe escrito, un informe policial y fotos, por lo que es importante reportar los incidentes de inmediato.

La empresa puede utilizar GPS u otras herramientas para monitorear el uso del vehículo para ayudar a garantizar la seguridad y proteger la propiedad.

Nombre del empleado

Firma del empleado

Fecha



30%



Válido por un año. Por favor, complete todas las secciones con claridad y precisión. Las solicitudes incompletas podrían no ser consideradas.

1 INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre de pila		Apellido	
Teléfono móvil		Correo electrónico	
DIRECCIÓN			

2 INTERÉS, ELEGIBILIDAD Y CALIFICACIONES

Puesto(s) solicitado(s) (Seleccione todas las opciones que correspondan)

☐ Miembro de la tripulación del andamio	☐ Miembro de la tripulación de Lath	☐ Miembro de la tripulación de estuco
--	--	--

☐ Nota para el Técnico de Garantía: Los Técnicos de Garantía deben conducir un vehículo de la empresa o para fines de la misma. Por lo tanto, su contratación estará sujeta a la obligación de tener una licencia de conducir válida y un historial de conducción aceptable. Se puede obtener un Informe de Vehículos Motorizados (MVR) antes de la contratación y en cualquier momento durante el empleo.

Número de licencia		Estado de emisión		Vencimiento	
¿Ha tenido alguna infracción de tránsito en los últimos 3 años?	☐ Sí	☐ No			
¿Alguna vez su licencia ha sido suspendida, revocada o restringida?	☐ Sí	☐ No			

¿Tiene usted al menos 18 años de edad y está autorizado para trabajar en los Estados Unidos? ☐ Sí ☐ No

¿Ha trabajado antes con American Legacy Stucco & Stone? ☐ Sí ☐ No

Si es así, ¿cuándo?

¿Puede usted realizar las tareas esenciales con o sin adaptaciones razonables? ☐ Sí ☐ No

¿Dispone de transporte confiable hacia y desde los lugares de trabajo durante todo el día? ☐ Sí ☐ No

¿Cuál es la distancia máxima que estás dispuesto a recorrer en un día?

Años de experiencia en listones Estuco Cantería

Proporcione la siguiente información sobre sus dos empleadores más recientes. Si no ha tenido dos empleadores, por favor explique.

Empleador		Posición		Años trabajados	
Empleador		Posición		Años trabajados	

3 AGRADECIMIENTOS LEGALES

American Legacy Stucco & Stone es un empleador que ofrece igualdad de oportunidades. Las decisiones de contratación se toman sin importar la raza, el color, la religión, el sexo, la orientación sexual, la identidad o expresión de género, la nacionalidad, la edad, la discapacidad, la condición de veterano o cualquier otra condición protegida, de acuerdo con las leyes federales, estatales y locales aplicables.

Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es veraz y completa según mi leal saber y entender. Entiendo que cualquier declaración falsa, omisión o tergiversación podría resultar en la descalificación del empleo o, en caso de ser contratado, en el despido.

Entiendo que, si me contratan, mi empleo será a voluntad. Esto significa que tanto yo como American Legacy Stucco & Stone podemos rescindir la relación laboral en cualquier momento, con o sin causa o preaviso, de conformidad con la legislación aplicable. Ningún representante de la empresa tiene autoridad para celebrar ningún acuerdo contrario a la relación a voluntad.

----------------------	----------------------

Firma del solicitante

Fecha de envío



Subir foto de perfil



Pautas para la foto de perfil

Sube una fotografía reciente y clara tuya para tu perfil de empleado.

Las fotografías deben ser:

Actual (tomada en los últimos 12 meses).

Claro y profesional (filtros limitados, sin sombreros ni gafas de sol).

Fácil de reconocer (tu cara debe estar centrada y visible).

Esto nos ayuda a mantener registros precisos y hace que sea más fácil para otros reconocerlo.

AVISO DE EMPLEO INICIAL



Este aviso confirma los detalles clave de su empleo a voluntad en American Legacy Stucco & Stone, incluyendo su puesto, detalles salariales y otra información importante. Por favor, revíselo detenidamente y conserve una copia para sus registros.

1 INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Nombre de pila		Apellido	
Teléfono móvil		Correo electrónico	
DIRECCIÓN		Ciudad, Estado	Cremallera
Fecha de nacimiento		Sexo	
Etnicidad		Tamaño	
		Seguridad Social	
		Estado	Veterano

2 INFORMACIÓN DE EMPLEO

Compañía		FÉIN		Fecha de contratación	
Oficina central		Contacto			
Posición		Gerente			
Día de pago		en	Categoría		

Dependiendo de su fecha de inicio, su primer día de pago será el viernes,

Estado de la FLSA		Tarifa de registro		Tasa de OT	
Tarifa por pieza	☐ Sí ☐ No				

Su salario se basa en la cantidad de unidades (yardas) que complete. Por ley, siempre ganará al menos el salario mínimo por todas las horas trabajadas, y si trabaja más de 40 horas semanales, recibirá un pago de horas extras de tiempo y medio, basado en su tarifa promedio por hora obtenida a destajo.

La siguiente tabla muestra su pago por yarda, según la ubicación o el tipo de trabajo.

Ubicación/Tipo	\$/Yarda	Ubicación/Tipo	\$/Yarda

3 CERTIFICACIÓN Y RECONOCIMIENTO

Entiendo la información presentada anteriormente y certifico que es verdadera y precisa según mi leal saber y entender.

Gerente	Fecha	Empleado	Fecha

MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN DE ESTUCO

Reporta a Raymond Estado de la FLSA No exento, tarifa por pieza
Departamento Operaciones de campo Categoría Campo variable de tiempo completo (VFF)

1 RESUMEN DEL PUESTO

El miembro de la cuadrilla de estuco apoya la construcción y el acabado de proyectos residenciales y comerciales, ayudando con la preparación, aplicación y acabado del estuco y los revestimientos exteriores relacionados. Este puesto requiere confiabilidad, trabajo en equipo y un compromiso con la seguridad y la calidad de la mano de obra en todas las fases de la instalación del estuco.

2 RESPONSABILIDADES CLAVE

- Prepare las superficies de trabajo limpiándolas, cubriéndolas con cinta adhesiva y aplicando listones, redes u otros materiales de base.
- Mezcle, manipule y transporte estuco, yeso y otros materiales de construcción según las instrucciones.
- Aplicar capas base, capas de rayado y capas de acabado de estuco bajo la supervisión del jefe de equipo.
- Operar herramientas y equipos manuales (paletas, llanas, mezcladoras, andamios, etc.) de manera segura y eficaz.
- Ayudar a montar, mover y desmontar andamios y escaleras.
- Mantener un área de trabajo limpia, organizada y segura, incluida la limpieza de herramientas, equipos y escombros.
- Siga los protocolos de seguridad del sitio, incluido el uso de EPP (cascos, guantes, arneses, etc.).
- Apoyar a los compañeros de tripulación para completar proyectos de manera eficiente y cumplir con los estándares de calidad. - Realizar otras tareas que le asigne el jefe de tripulación o el supervisor.

3 REQUISITOS Y CONDICIONES

Cualificaciones requeridas

- Capacidad para realizar trabajo físico al aire libre en diferentes condiciones climáticas.
- Voluntad de aprender técnicas de estuco y seguir instrucciones de los supervisores.
- Confiabilidad y puntualidad en los turnos asignados.
- Capacidad para levantar más de 50 libras, subir escaleras y trabajar en andamios o superficies elevadas.

Cualificaciones preferidas

- Experiencia previa en construcción o estuco.
- Familiaridad con la mezcla de materiales, el funcionamiento de mezcladores o el trabajo con llana.
- Conocimientos básicos de prácticas de seguridad en el lugar de trabajo.

Condiciones de trabajo

- Los trabajos se realizan principalmente al aire libre en sitios de construcción activos.
- Estar de pie, agacharse, levantar y trepar con frecuencia.
- Exposición al polvo, cemento, cal y condiciones climáticas.
- Puede requerir horas extras, tardes o fines de semana según los cronogramas del proyecto.

Esta es una relación laboral a voluntad. American Legacy Stucco and Stone es un empleador que ofrece igualdad de oportunidades y ofrece adaptaciones razonables que cumplen con la Ley para Personas con Discapacidades (ADA).

Empleado Fecha



Verificación de Elegibilidad de Empleo
Departamento de Seguridad Nacional
Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos

USCIS
Formulario I-9
OMB No. 1615-0047
Expire 05/31/2027

COMIENCE AQUÍ: Los empleadores deben asegurarse de que las instrucciones del formulario estén disponibles para los empleados cuando completen este formulario. Los empleadores son responsables si no cumplen con los requisitos para completar este formulario. **Vea la información y las instrucciones.**

AVISO CONTRA LA DISCRIMINACIÓN: Todos los empleados pueden elegir qué documentación aceptable presentarán para el Formulario I-9. Los empleadores no pueden solicitar a los empleados documentación para verificar la información de la Sección 1, ni especificar qué documentación aceptable deben presentar para la Sección 2 o el Suplemento B, Reverificación y Recontratación. Tratar a los empleados de manera diferente según su ciudadanía, estatus migratorio u origen nacional, puede ser ilegal.

Sección 1. Información y Certificación del Empleado: Los empleados deben completar y firmar la Sección 1 del Formulario I-9 antes del primer día de trabajo, pero no antes de aceptar una oferta de trabajo.

Apellido (Nombre de Familia)	Primer Nombre (Nombre de Pila)	Inicial de Segundo Nombre (si alguno)	Otros Apellidos Utilizados (si alguno)		
Dirección (Número y Nombre de la Calle)		Número de Apartamento (si corresponde)	Ciudad o Pueblo	Estado	Código Postal
Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)	Número de Seguro Social de EE. UU. 	Dirección de Correo Electrónico del Empleado		Número de Teléfono del Empleado	
Estoy consciente de que la ley federal establece penas de prisión y/o multas por declaraciones falsas o el uso de documentos falsos al llenar este formulario. Declaro, bajo pena de perjurio, que esta información, incluida mi selección en la casilla que certifica mi ciudadanía o estatus de inmigración, es verdadera y correcta.		Marque una de las siguientes casillas para dar fe de su ciudadanía o estatus de inmigración. (Consulte las páginas 2 y 3 de las instrucciones):			
		☐ 1. Ciudadano de Estados Unidos			
		☐ 2. Nacional no ciudadano de Estados Unidos (Vea las instrucciones)			
		☐ 3. Residente permanente legal (Ingrese el Número de Registro de Extranjero, Número A. o Número de USCIS:)			
		☐ 4. Extranjero autorizado para trabajar hasta (fecha de expiración, si alguna, mm/dd/aaaa):			
Si marca el artículo número 4, ingrese uno de estos:					
USCIS/Número A		OR	Formulario I-94 Número de Admisión	OR	Número de pasaporte extranjero y país de emisión
Firma del Empleado			Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)		

Sección 2. Revisión y Verificación del Empleador: Los empleadores o representantes autorizados deberán completar y firmar la Sección 2 dentro de tres días laborales después del primer día de trabajo del empleado y deben examinar físicamente, o examinar de manera consistente con un procedimiento alterno autorizado por el secretario de DHS, la documentación de la Lista A o una combinación de documentación de la Lista B y la Lista C. Ingrese cualquier documentación adicional en la casilla Información Adicional. Vea las instrucciones.

Lista A	o	Lista B	y	Lista C
Título del Documento 1				
Autoridad Emisora				
Número de Documento (si corresponde)				
Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)				
Título del Documento 2	Información Adicional			
Autoridad Emisora				
Número de Documento (si corresponde)				
Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)				
Título del Documento 3				
Autoridad Emisora				
Número de Documento (si corresponde)	☐ Marque aquí si usó un procedimiento alterno autorizado por DHS para examinar documentos.			
Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)				
Certificación: Doy fe, bajo pena de perjurio, que (1) he examinado la documentación presentada por el empleado mencionado anteriormente, (2) la documentación antes indicada parece ser genuina y estar relacionada con el empleado y (3) a mi mejor entender, el empleado está autorizado a trabajar en Estados Unidos.			Primer día de trabajo del empleado (mm/dd/aaaa):	
Apellido, Nombre y Cargo del Empleador o Representante Autorizado		Firma del Empleador o Representante Autorizado		Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)
Nombre de la Empresa u Organización del Empleador		Dirección de la Empresa u Organización del Empleador (Número y Nombre de la Calle) Ciudad o Pueblo, Estado y Código Postal		



Documento(s) del FORMULARIO I-9



O



Y



UNO Lista A Documento

Documentos que establecen tanto la identidad como la autorización de empleo
Pasaporte estadounidense o tarjeta de pasaporte estadounidense

1. Tarjeta de Residente Permanente o Tarjeta de Recibo de Registro de Extranjero (Formulario I-551)
2. Pasaporte extranjero que contiene un sello temporal I-551 o una anotación temporal impresa I-551 en una visa de inmigrante legible por máquina
3. Documento de autorización de empleo que contiene una fotografía (Formulario I-766)
4. Para una persona autorizada temporalmente a trabajar para un empleador específico debido a su estatus o libertad condicional:
5. Pasaporte extranjero; y
 - a. Formulario I-94 o Formulario I-94A que contiene lo siguiente:
 - i. Un respaldo del estado o libertad condicional del individuo siempre que dicho período de respaldo no haya expirado aún y el empleo propuesto no esté en conflicto con ninguna restricción o limitación identificada en el formulario.
 - ii. Pasaporte de los Estados Federados de Micronesia (EFM) o la República de las Islas Marshall (RMI) con el Formulario I-94 o Formulario I-94A que indique la admisión de no inmigrante bajo el Pacto de Libre Asociación entre los Estados Unidos y los FSM o RMI
 - b. El mismo nombre que el pasaporte; y
 - i. Un respaldo del estado o libertad condicional del individuo siempre que dicho período de respaldo no haya expirado aún y el empleo propuesto no esté en conflicto con ninguna restricción o limitación identificada en el formulario.

UN Documento de la Lista B

Documentos que establecen la identidad

1. Licencia de conducir o tarjeta de identificación emitida por un estado o posesión periférica de los Estados Unidos, siempre que contenga una fotografía o información como nombre, fecha de nacimiento, sexo, altura, color de ojos y dirección.
2. Tarjeta de identificación emitida por agencias o entidades gubernamentales federales, estatales o locales, siempre que contenga una fotografía o información como nombre, fecha de nacimiento, sexo, altura, color de ojos y dirección.
3. Tarjeta de identificación escolar con fotografía
4. Tarjeta de registro de votante
5. Tarjeta militar o registro de reclutamiento de EE. UU.
6. Tarjeta de identificación de dependiente militar
7. Tarjeta de mariner mercante de la Guardia Costera de los Estados Unidos
8. Documento tribal nativo americano
9. Licencia de conducir emitida por una autoridad del gobierno canadiense

Las personas menores de 18 años pueden utilizar alternativamente

1. Expediente escolar o boleta de calificaciones
2. Historial clínico, médico u hospitalario
3. Registro de guardería o jardín de infancia

Documento de la Lista C de ONE

Documentos que establecen la autorización de empleo

1. Una tarjeta de Número de Cuenta de Seguro Social, a menos que la tarjeta incluya una de las siguientes restricciones:
 - a. NO VÁLIDO PARA EMPLEO
 - b. VÁLIDO PARA TRABAJAR SOLO CON AUTORIZACIÓN DEL INS
 - c. VÁLIDO PARA TRABAJAR SOLO CON AUTORIZACIÓN DEL DHS
2. Certificación de informe de nacimiento emitida por el Departamento de Estado (Formularios DS-1350, FS-545, FS-240)
3. Copia original o certificada del certificado de nacimiento emitido por un estado, condado, autoridad municipal o territorio de los Estados Unidos que lleve un sello oficial
4. Documento tribal nativo americano
5. Tarjeta de identificación de ciudadano estadounidense (formulario I-197)
6. Tarjeta de Identificación para Uso de Ciudadanos Residentes en los Estados Unidos (Formulario I-179)
7. Documento de autorización de empleo emitido por el Departamento de Seguridad Nacional
 - a. Para ver ejemplos, consulte la Sección 7 y la Sección 13 del M-274 [onuscis.gov/i-9-central](https://www.dhs.gov/i-9-central).
 - b. El Formulario I-766, Documento de Autorización de Empleo, es un documento de la Lista A, Artículo Número 4, no un documento de la Lista C.



50%





Suplemento B,
Reverificación y Recontrataciones (Sección 3)

Departamento de Seguridad Nacional
Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos

USCIS
Form I-9
Supplement B
OMB
No.1615-0047
Expires 05/31/2027

Apellido (Nombre Familiar) como en la Sección 1	Primer Nombre (Nombre de pila) como en la Sección 1	Inicial del Segundo Nombre (si tiene)
---	---	---------------------------------------

Instrucciones: Este suplemento reemplaza la Sección 3 de la versión anterior del Formulario I-9. Solo use esta página si su empleado requiere una nueva verificación, es recontratado dentro de tres años posteriores a la fecha en que se completó el Formulario I-9 original o proporciona prueba de un cambio de nombre legal. Ingrese el nombre del empleado en los espacios de arriba. Use una nueva sección para cada reverificación o recontratación. Revise las instrucciones del Formulario I-9 antes de completar esta página. Conserve esta página como parte del registro del Formulario I-9 del empleado. Puede encontrar la guía adicional en el [Manual para Empleadores: Guías para Completar el Formulario I-9 \(M-274\)](#).

Fecha de recontratación (si aplica)	Nuevo nombre (si aplica)		
Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)	Apellido (Nombre de Familia)	Primer Nombre (Nombre de pila)	Inicial del Segundo Nombre (si tiene)

Reverificación: Si el empleado requiere una nueva verificación, su empleado puede optar por presentar cualquier documentación aceptable de la Lista A o la Lista C para demostrar la continuidad de la autorización de empleo. Ingrese la información del documento en los espacios a continuación.

Título del Documento	Número de Documento (si alguno)	Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)
----------------------	---------------------------------	--

Doy fe, bajo pena de perjurio que, a mi mejor entender, este empleado está autorizado a trabajar en Estados Unidos, y que el empleado presentó documentación que he examinado y parece ser genuina y estar relacionada con la persona que la presentó.

Nombre del Empleador o Representante Autorizado	Firma del Empleador o Representante Autorizado	Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)
---	--	---------------------------

Información Adicional (Inicial y fecha en cada anotación)

☐ Marque aquí si usó un procedimiento
alternativo autorizado por DHS para
examinar documentos.

Fecha de recontratación (si aplica)	Nuevo nombre (si aplica)		
Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)	Apellido (Nombre de Familia)	Primer Nombre (Nombre de pila)	Inicial del Segundo Nombre (si tiene)

Reverificación: Si el empleado requiere una nueva verificación, su empleado puede optar por presentar cualquier documentación aceptable de la Lista A o la Lista C para demostrar la continuidad de la autorización de empleo. Ingrese la información del documento en los espacios a continuación.

Título del Documento	Número de Documento (si alguno)	Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)
----------------------	---------------------------------	--

Doy fe, bajo pena de perjurio que, a mi mejor entender, este empleado está autorizado a trabajar en Estados Unidos, y que el empleado presentó documentación que he examinado y parece ser genuina y estar relacionada con la persona que la presentó.

Nombre del Empleador o Representante Autorizado	Firma del Empleador o Representante Autorizado	Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)
---	--	---------------------------

Información Adicional (Inicial y fecha en cada anotación)

☐ Marque aquí si usó un procedimiento
alternativo autorizado por DHS para
examinar documentos.

Fecha de recontratación (si aplica)	Nuevo nombre (si aplica)		
Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)	Apellido (Nombre de Familia)	Primer Nombre (Nombre de pila)	Inicial del Segundo Nombre (si tiene)

Reverificación: Si el empleado requiere una nueva verificación, su empleado puede optar por presentar cualquier documentación aceptable de la Lista A o la Lista C para demostrar la continuidad de la autorización de empleo. Ingrese la información del documento en los espacios a continuación.

Título del Documento	Número de Documento (si alguno)	Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)
----------------------	---------------------------------	--

Doy fe, bajo pena de perjurio que, a mi mejor entender, este empleado está autorizado a trabajar en Estados Unidos, y que el empleado presentó documentación que he examinado y parece ser genuina y estar relacionada con la persona que la presentó.

Nombre del Empleador o Representante Autorizado	Firma del Empleador o Representante Autorizado	Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)
---	--	---------------------------

Información Adicional (Inicial y fecha en cada anotación)

☐ Marque aquí si usó un procedimiento
alternativo autorizado por DHS para
examinar documentos.



Reverificación y recontractación

Documento(s) del FORMULARIO I-9



O



UNO Lista A Documento

Documentos que establecen tanto la identidad como la autorización de empleo

1. Pasaporte estadounidense o tarjeta de pasaporte estadounidense
2. Tarjeta de Residente Permanente o Tarjeta de Recibo de Registro de Extranjero (Formulario I-551)
3. Pasaporte extranjero que contiene un sello temporal I-551 o una anotación temporal impresa I-551 en una visa de inmigrante legible por máquina
4. Documento de autorización de empleo que contiene una fotografía (Formulario I-766)
5. Para una persona autorizada temporalmente a trabajar para un empleador específico debido a su estatus o libertad condicional:
 - a. Pasaporte extranjero; y
 - b. Formulario I-94 o Formulario I-94A que contiene lo siguiente:
 - i. El mismo nombre que el pasaporte; y
 - ii. Un respaldo del estado o libertad condicional del individuo siempre que dicho período de respaldo no haya expirado aún y el empleo propuesto no esté en conflicto con ninguna restricción o limitación identificada en el formulario.
6. Pasaporte de los Estados Federados de Micronesia (EFM) o la República de las Islas Marshall (RMI) con el Formulario I-94 o Formulario I-94A que indique la admisión de no inmigrante bajo el Pacto de Libre Asociación entre los Estados Unidos y los FSM o RMI

UNO Lista C Documento

Documentos que establecen la autorización de empleo

1. Una tarjeta de Número de Cuenta de Seguro Social, a menos que la tarjeta incluya una de las siguientes restricciones:
 - a. NO VÁLIDO PARA EMPLEO
 - b. VÁLIDO PARA TRABAJAR SOLO CON AUTORIZACIÓN DEL INS
 - c. VÁLIDO PARA TRABAJAR SOLO CON AUTORIZACIÓN DEL DHS
2. Certificación de informe de nacimiento emitida por el Departamento de Estado (Formularios DS-1350, FS-545, FS-240)
3. Copia original o certificada del certificado de nacimiento emitido por un estado, condado, autoridad municipal o territorio de los Estados Unidos que lleve un sello oficial
4. Documento tribal nativo americano
5. Tarjeta de identificación de ciudadano estadounidense (formulario I-197)
6. Tarjeta de Identificación para Uso de Ciudadanos Residentes en los Estados Unidos (Formulario I-179)
7. Documento de autorización de empleo emitido por el Departamento de Seguridad Nacional
 - a. Para ver ejemplos, consulte la Sección 7 y la Sección 13 del M-274 onuscis.gov/i-9-central.
 - b. El Formulario I-766, Documento de Autorización de Empleo, es un documento de la Lista A, Artículo Número 4, no un documento de la Lista C.

Agradecimiento del manual



Reconozco haber recibido una copia del Manual del Empleado de American Legacy Stucco & Stone. Entiendo que es mi responsabilidad leerlo y familiarizarme con sus políticas, procedimientos y expectativas. Si tengo alguna pregunta, puedo consultar con mi gerente o con Recursos Humanos para obtener una aclaración.

También reconozco haber recibido capacitación sobre ciertas políticas clave como parte de esta incorporación de nuevos empleados. Esto incluye, entre otras, las normas de seguridad de la empresa, las políticas contra el acoso y la discriminación, y las normas de asistencia.

Entiendo que este manual no constituye un contrato de trabajo. Mi empleo es a voluntad, lo que significa que tanto la Empresa como yo podemos rescindir la relación laboral en cualquier momento, con o sin causa o preaviso, según lo permita la ley. Asimismo, reconozco que las políticas de este manual pueden modificarse, actualizarse o retirarse a discreción de la Empresa, y que se me informará de dichas actualizaciones.

Soy consciente de que las políticas de la empresa y los avisos importantes, incluido este Manual del Empleado, se mantienen a través de la plataforma Intuit Workforce. Entiendo que es mi responsabilidad acceder a la información más actualizada allí y que puedo contactar con Recursos Humanos en HR@american-stucco.com si tengo alguna pregunta o prefiero material impreso.

Nombre del empleado

Firma del empleado

Fecha





AMERICAN LEGACY
STUCCO & STONE

GUÍA DE BENEFICIOS

Desde la atención médica hasta la jubilación: lo tenemos cubierto



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
--------------------------------	----

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



75%

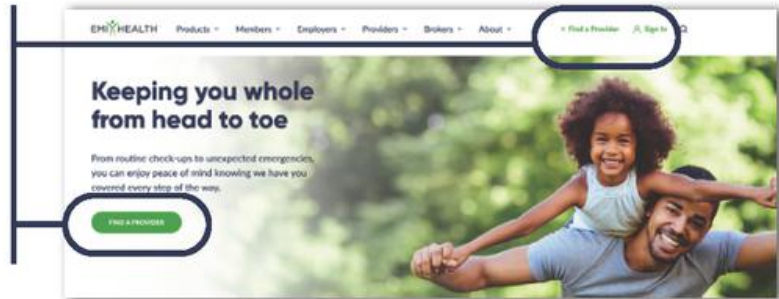


Servicios en línea

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.

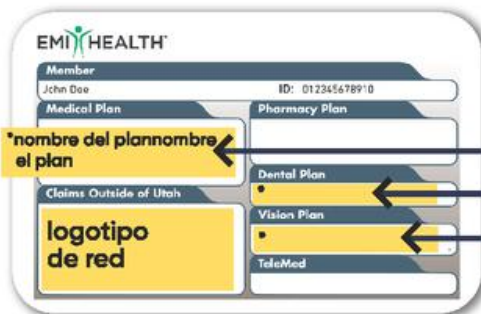
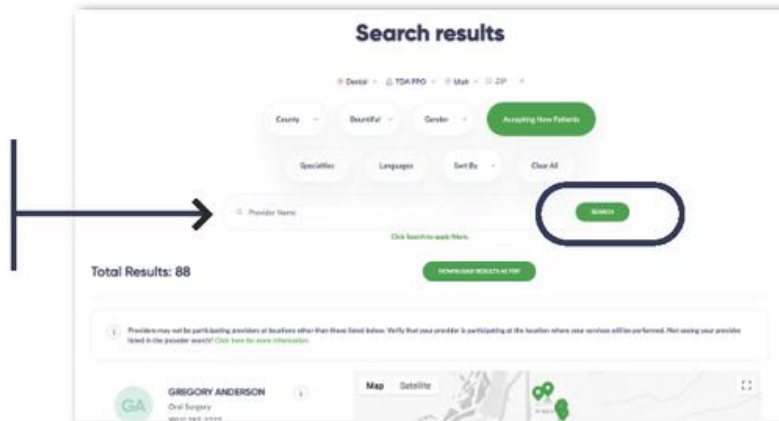
- 1 Ve a **emihealth.com** y haz clic en **+ Encontrar un Proveedor** en la parte superior de la página de inicio, o utiliza el botón verde de abajo.



- 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

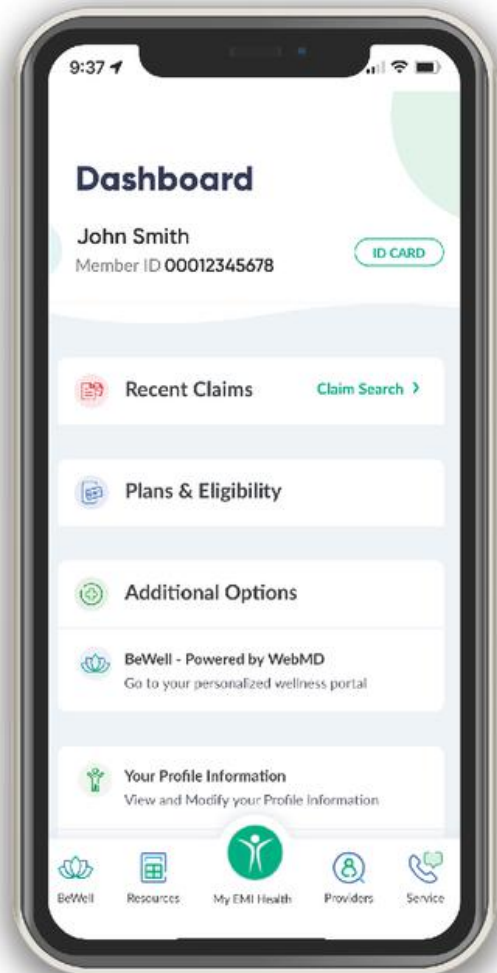
Ver y descargar tus cuadrículas de plan.

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.



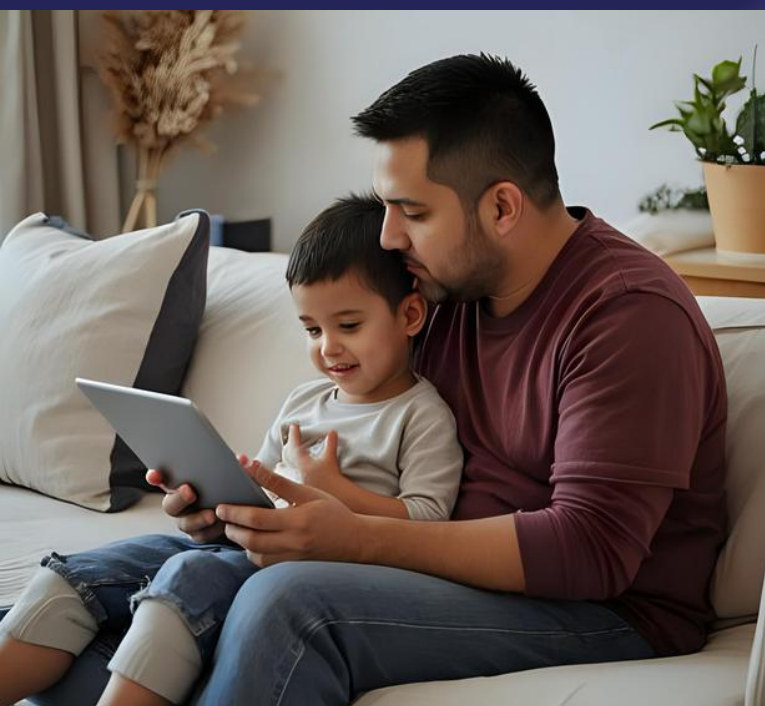
emihealth.com | (800) 662-5851 | 5101 S Commerce Drive Murray, UT 84017

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



85%



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**



85%





GoodRx



Cómo funciona GoodRx



Comparar precios

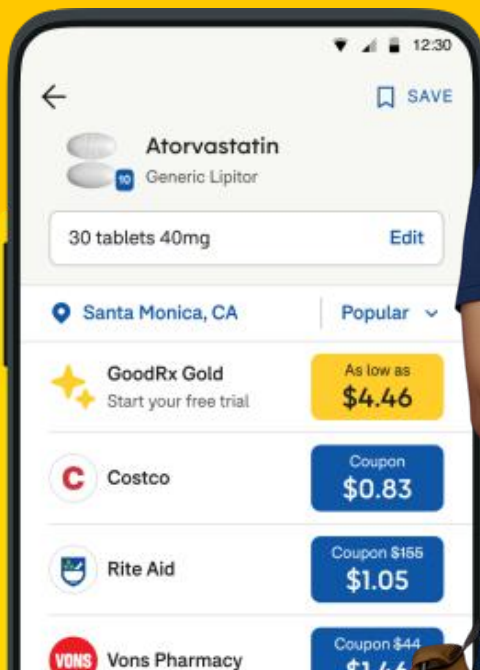
Los precios de los medicamentos varían según la farmacia. Usa GoodRx para encontrar precios y descuentos actuales, que suelen ser más bajos que los precios en efectivo, incluso sin seguro.

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.

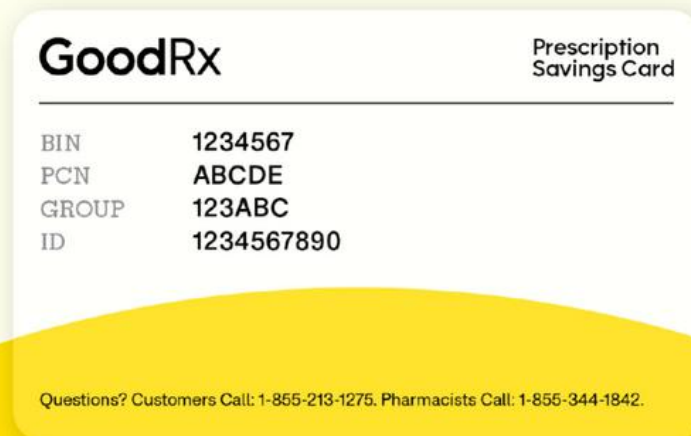


90%





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.



95%





1 INFORMACIÓN DEL EMPLEADO ACTIVO

Nombre de pila		Apellido	
Teléfono móvil		Correo electrónico	
DIRECCIÓN		Ciudad, Estado	Cremallera
Posición		Fecha de contratación	Elegible
Seguridad Social		Fecha de nacimiento	Sexo

2 OPCIONES DE PLANES DE SEGURO MÉDICO

Plan de Salud Seleccionado Nivel de cobertura Su costo por período de pago

INSCRIBIRSE o RENUNCIAR

MIEMBROS DE LA FAMILIA A SER CUBIERTOS

Relación	Nombre legal completo	Sexo	Fecha de nacimiento	Seguridad social	DIRECCIÓN

OTRA INFORMACIÓN SOBRE S

Inglés →

Español →

3 CERTIFICACIÓN Y RECONOCIMIENTOS

Por la presente, solicito la cobertura a la que pueda tener derecho o a la que pueda llegar a tener derecho según los términos de los acuerdos, incluidas las disposiciones de arbitraje vinculante, en las pólizas emitidas por EMI Health. Acepto los términos del acuerdo de grupo entre mi empleador y el plan y designo a mi empleador para que actúe como agente en mi nombre. Autorizo la deducción de mis ingresos de cualquier contribución que deba realizar para el costo de esta cobertura. La cobertura propuesta no entrará en vigor hasta que esta solicitud haya sido aceptada por las demás compañías de suscripción, según corresponda, y entrará en vigor únicamente de conformidad con las disposiciones de dichos acuerdos o pólizas de grupo. Entiendo que no tengo derecho a cambiar mis elecciones de cobertura durante el año del plan, a menos que experimente una situación especial de inscripción (es decir, matrimonio, divorcio, nacimiento, fallecimiento, adopción, colocación para adopción o pérdida de otra cobertura de seguro). También entiendo que si experimento un evento calificativo, puedo optar por cancelar la cobertura para mí y/o mis dependientes mediante notificación por escrito a mi empleador dentro de los 31 días posteriores al evento calificativo.

Autorizo a EMI Health a compartir mi PHI y el de mi familia, incluyendo a mis dependientes adultos, con cualquier proveedor de atención médica o administrador de HSA/HRA que proporcione beneficios. Entiendo que cualquier persona que incluya información falsa o engañosa en una solicitud de póliza de seguro podrá estar sujeta a sanciones penales y civiles.

Firma del empleado	Fecha

4 APROBACIÓN DEL EMPLEADOR

Aprobado por		He revisado la información proporcionada anteriormente para confirmar su exactitud y elegibilidad. Este formulario está aprobado para su procesamiento.
Aprobado el		

1 INFORMACIÓN DEL EMPLEADO ACTIVO

Nombre de pila		Apellido	
Teléfono móvil		Correo electrónico	
DIRECCIÓN		Ciudad, Estado	Cremallera
Posición		Fecha de contratación	Elegible
Seguridad Social		Fecha de nacimiento	Sexo

2 RENUNCIA A LOS PLANES DE SEGURO MÉDICO OFRECIDOS

Elijo no participar en los planes de beneficios grupales que se han ofrecido y renuncio a dichas coberturas.

INSCRIBIRSE o RENUNCIAR

Médico

3 CERTIFICACIÓN

Entiendo que más adelante puedo estar en una situación de inscripción especial (es decir, matrimonio, divorcio, nacimiento de un hijo, etc.) para adopción o pérdida de otra cobertura de seguro) o durante el próximo período de inscripción abierta de mi empleador.

Inglés →

Español →

4 APROBACIÓN DEL EMPLEADOR

Aprobado por		He revisado la información proporcionada anteriormente para confirmar su exactitud. Este formulario está aprobado para su procesamiento.
Aprobado el		

AMERICAN LEGACY STUCCO & STONE

NEW HIRE CHECK LIST (HR)



To be completed by the American Legacy HR Representative responsible for entering & maintaining the employment record.

1

PRE-HIRE

Initial Workforce Setup

Processed By

Processed On

Notes

2

POST-HIRE

Employee Self-Onboarding Info

Paylocity - Full Profile Setup

Paylocity - Time Setup w/ Geo Fencing

Dynafile - Full File Registration

Paylocity - 2026 Benefits Enroll/Waive

Processed By

Processed On

Notes

3

FOLLOW UP

Processed By

Processed On

Notes

GRACIAS ¡Y bienvenidos!

Nos alegra mucho que se haya tomado el tiempo de leer esta guía y conocer American Legacy Stucco & Stone. Al unirse a nuestro equipo, no solo comienza un nuevo trabajo, sino que se une a una comunidad que valora el trabajo duro, el respeto y el apoyo mutuo.

Gracias por su tiempo y compromiso para empezar con buen pie. Nos entusiasma contar con usted y estamos deseando ver el impacto que tendrá.

¡Bienvenido al equipo!





PROPORCIONADO POR



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



EMPLEO

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.

EMPLOYEE SAFETY AND HEALTH PROTECTION

The Arizona Occupational Safety and Health Act of 1972 (Act), provides safety and health protection for employees in Arizona. The Act requires each employer to furnish his employees with a place of employment free from recognized hazards that might cause serious injury or death. The Act further requires that employers and employees comply with all workplace safety and health standards, rules and regulations promulgated by the Industrial Commission. The Arizona Division of Occupational Safety and Health (ADOSH), a division of the Industrial Commission of Arizona, administers and enforces the requirements of the Act.

As an employee, you have the following rights:

You have the right to notify your employer or ADOSH about workplace hazards. You may ask ADOSH to keep your name confidential.

You have the right to request that ADOSH conduct an inspection if you believe there are unsafe and/or unhealthful conditions in your workplace. You or your representative may participate in the inspection.

If you believe you have been discriminated against for making safety and health complaints, or for exercising your rights under the Act, you have a right to file a complaint with ADOSH within 30 days of the discriminatory action. You are also afforded protection from discrimination under the Federal Occupational Safety and Health Act and may file a complaint with the U.S. Secretary of Labor within 30 days of the discriminatory action.

You have the right to see any citations that have been issued to your employer. Your employer must post the citations at or near the location of the alleged violation.

You have the right to protest the time frame given for correction of any violation.

You have the right to obtain copies of your medical records or records of your exposure to toxic and harmful substances or conditions.

Your employer must post this notice in your workplace.

The Industrial Commission and ADOSH do not cover employers of household domestic labor, those in maritime activities (covered by OSHA), those in atomic energy activities (covered by the Atomic Energy Commission) and those in mining activities (covered by the Arizona Mine Inspector's office). To file a complaint, report an emergency or seek advice and assistance from ADOSH, contact the nearest ADOSH office:

Phoenix:
800 West Washington
Phoenix AZ. 85007
602-542-5795
Toll free: 855-268-5251



Tucson:
2675 East Broadway
Tucson, AZ. 85716
520-628-5478
Toll free: 855-268-5251

Industrial Commission web site: www.ica.state.az.us

Note: Persons wishing to register a complaint alleging inadequacy in the administration of the Arizona Occupational Safety and Health plan may do so at the following address:

U.S. Department of Labor – OSHA
230 N. 1st Ave., Ste. 202
Phoenix, AZ 85003
Telephone: 602-514-7250

Revised 10/11

PROTECCION DE SEGURIDAD Y SANIDAD PARA EL EMPLEADO

El Acta de Seguridad y Sanidad Ocupacional de 1972 (Acta) provee protección de seguridad y sanidad para los empleados en Arizona. El Acta requiere que cada patron les ofrezca a sus empleados un lugar de empleo libre de riesgos reconocidos que puedan causar daño o muerte. El Acta también requiere que los patrones y empleados cumplan con las normas, y los reglamentos de seguridad y sanidad promulgados por la Comisión Industrial. La ejecución de esta ley se lleva a cabo por la División de Seguridad y Sanidad Ocupacional, un brazo de la Comisión Industrial de Arizona.

Como empleado, Ud. tiene los derechos siguientes:

Tiene el derecho de notificar a su patron o a ADOSH sobre peligros en su lugar de trabajo. Puede pedir a ADOSH que mantenga su nombre confidencialmente.

Tiene el derecho de solicitar una inspección por parte de ADOSH si cree que existen condiciones peligrosas o poco saludables en su lugar de trabajo. Usted o su representante puede participar en la inspección.

Si cree que su patron lo ha discriminado por presentar reclamos de seguridad y sanidad o por ejercer sus derechos bajo el Acta, puede presentar una queja a ADOSH durante un plazo de 30 días después de la acción de discriminación. También tiene protección de discriminación bajo el acta federal de seguridad y sanidad ocupacional y puede archivar una queja con el Secretario de Labor de los Estados Unidos dentro de 30 días después de la discriminación alegada.

Tiene el derecho de ver las citaciones enviadas a su empleador. Su empleador debe colocar las citaciones en un lugar visible en el sitio de la supuesta infracción o cerca de el.

Tiene el derecho de protestar el tiempo dado para corregir una violación.

Tiene el derecho de recibir copias de su historial médico o de los registros de su exposición a sustancias o condiciones tóxicas y peligrosas.

Su empleador debe colocar este aviso en su lugar de trabajo.

La ley de seguridad y sanidad en el trabajo no aplica a aquellos patrones que emplean a servicio doméstico, a patrones de actividades marítimas (protegidos bajo OSHA), a patrones en actividades de energía atómica (protegidos bajo la Comisión de Energía Atómica), o a patrones en actividades mineras (protegidos por la Oficina del Inspector de Minas del Estado de Arizona). Para registrar una queja, reportar una emergencia o pedir asistencia de ADOSH, póngase en contacto con la oficina más cercana :

Phoenix:
800 West Washington
Phoenix AZ. 85007
602-542-5795
Llamada gratis: 855-268-5251



Tucson:
2675 East Broadway
Tucson, AZ. 85716
520-628-5478
Llamada gratis: 855-268-5251

Industrial Commission web site: www.ica.state.az.us

Nota: Personas que deseen registrar quejas alegando falta de adecuadez en la administración del plan de seguridad y sanidad ocupacional de Arizona pueden dirigirlos a la siguiente dirección:

U.S. Department of Labor – OSHA
230 N. 1st Ave., Ste. 202
Phoenix, AZ 85003
Teléfono: 602-514-7250

Revisado 10/11



THE FAIR WAGES AND HEALTHY FAMILIES ACT

Effective January 1, 2025, Arizona's Minimum Wage
Is: **\$14.70** per hour

EXEMPTIONS:

The Fair Wages and Healthy Families Act (the "Act") does not apply to any person who is employed by a parent or a sibling; any person who is employed performing babysitting services in the employer's home on a casual basis; any person employed by the State of Arizona or the United States government; or any person employed in a small business that grosses less than \$500,000 in annual revenue, if that small business is exempt from having to pay a minimum wage under section 206(a) of title 29 of the United States Code.

TIPS AND GRATUITIES:

For any employee who customarily and regularly receives tips or gratuities, an employer may pay tipped employees a maximum of \$3.00 per hour less than the minimum wage if the employer can establish by its records that for each week, when adding tips received to wages paid, the employee received not less than the minimum wage for all hours worked. Certain other conditions must be met.

RETALIATION & DISCRIMINATION PROHIBITED:

Employers are prohibited from discriminating against or subjecting any person to retaliation for: (1) asserting any claim or right under the Act; (2) assisting any person in doing so; or (3) informing any person of their rights under the Act.

ENFORCEMENT:

Any person or organization may file a complaint with the Industrial Commission's Labor Department alleging that an employer has violated the Act. Certain time limits apply. A civil action may also be filed as provided in the Act. Violations of the Act may result in penalties.

INFORMATION:

For additional information regarding the Act, you may refer to the Industrial Commission's website at www.azica.gov or contact the Industrial Commission's Labor Department: 800 W. Washington, Phoenix, Arizona 85007-2022; (602) 542-4515.

**THIS POSTER MUST BE CONSPICUOUSLY DISPLAYED IN A PLACE THAT IS
ACCESSIBLE TO EMPLOYEES**

EARNED PAID SICK TIME



THE FAIR WAGES AND HEALTHY FAMILIES ACT

Earned Paid Sick Time

EXEMPTIONS: The Fair Wages and Healthy Families Act (the "Act") does not apply to any person who is employed by a parent or a sibling; any person who is employed performing babysitting services in the employer's home on a casual basis; or any person employed by the State of Arizona or the United States government.

ENTITLEMENT AND AMOUNT: Beginning July 1, 2017, employees are entitled to earned paid sick time and accrue a minimum of one hour of earned paid sick time for every 30 hours worked, subject to the following limitations:

- Employees whose employers have less than 15 employees may only accrue or use 24 hours of earned paid sick time per year.
- Employees whose employers have 15 or more employees may only accrue or use 40 hours of earned paid sick time per year.

Employers are permitted to select higher accrual and use limits.

TERMS OF USE: Earned paid sick time may be used for the following purposes: (1) medical care or mental or physical illness, injury, or health condition; or (2) a public health emergency; and (3) absence due to domestic violence, sexual violence, abuse, or stalking. Employees may use earned paid sick time for themselves or for family members. See Arizona Revised Statutes § 23-373 for more information.

RETALIATION & DISCRIMINATION PROHIBITED: Employers are prohibited from discriminating against or subjecting any person to retaliation for: (1) asserting any claim or right under the Act, including requesting or using earned paid sick time; (2) assisting any person in doing so; or (3) informing any person of their rights under the Act.

ENFORCEMENT: Each employee has the right to file a complaint with the Industrial Commission's Labor Department alleging that an employer has violated the Act. Certain time limits apply. A civil action may also be filed as provided in the Act. Violations of the Act may result in penalties.

INFORMATION: For additional information regarding the Act, you may refer to the Industrial Commission's website at www.azica.gov or contact the Industrial Commission's Labor Department: 800 W. Washington, Phoenix, Arizona 85007-2022; (602) 542-4515.

THIS POSTER MUST BE CONSPICUOUSLY POSTED IN A PLACE THAT IS ACCESSIBLE TO EMPLOYEES

PRINT

TO BE POSTED BY EMPLOYER

POLICY NUMBER _____

NOTICE TO EMPLOYEES

RE: ARIZONA WORKERS' COMPENSATION LAW

All employees are hereby notified that this employer has complied with the provisions of the Arizona Workers' Compensation Law (Title 23, Chapter 6, Arizona Revised Statutes) as amended, and all the rules and regulations of The Industrial Commission of Arizona made in pursuance thereof, and has secured the payment of compensation to employees by insuring the payment of such compensation with: _____

All employees are hereby further notified that in the event they do not specifically reject the provisions of the said compulsory law, they are deemed by the laws of Arizona to have accepted the provisions of said law and to have elected to accept compensation under the terms thereof; and that under the terms thereof employees have the right to reject the same by written notice thereof prior to any injury sustained, and that the blanks and forms for such notice are available to all employees at the office of this employer.

★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★

PARA SER COLOCADO POR EL PATRON

NUMERO DE POLIZA _____

AVISO A LOS EMPLEADOS

RE: LEY DE COMPENSACION PARA LOS TRABAJADORES DE ARIZONA

A todos los empleados se les notifica por este medio que este patron ha cumplido con las provisiones de la Ley de Compensacion para los Trabajadores de Arizona (Titulo 23, Capitulo 6, Estatutos Enmendados de Arizona) tal como han sido enmendados, y con todas las regias y ordenanzas de La Comision Industrial de Arizona hechas en cumplimiento de esta, y ha asegurado el pago de compensacion a los empleados garantizando el pago de dicha compensacion por medio de:

Ademas, a todos los empleados se les notifica por este medio que en caso de que especificadamente ellos no rechazen las disposiciones de dicha ley obligatoria, se les considerara bajo las leyes de Arizona de haber aceptado las provisiones de dicha ley y de haber escogido aceptar la compensacion bajo estos terminos; tambien bajo estos terminos los empleados tienen el derecho de rechazar la misma por medio de una notificacion por escrito antes de que sufran alguna lesion, todos los formularios o formas en blanco para tal notificacion por escrito estaran disponibles para todos los empleados en la oficina de este patron.

★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★

KEEP POSTED IN A CONSPICUOUS PLACE.

COLOQUESE EN LUGAR VISIBLE.

Notice to Employees

You Are Covered By Unemployment Insurance (UI)

For an explanation of what this insurance means to you, visit our website at www.azui.com for a copy of the pamphlet A Guide to Arizona UI Benefits. You may obtain additional information from the Unemployment Insurance office by calling (602) 364-2722 in the Phoenix area, (520) 791-2722 in the Tucson area, or toll free at 1-877-600-2722.

If you become unemployed, you may be eligible for unemployment benefits if you:

- Open or reopen a claim by going online at www.azui.com. If you do not have internet access, go to your nearest Arizona Department of Economic Security (ADES) Employment Service (ES) office for assistance.
- Were separated from your last job for a non-disqualifying reason.
- Meet the wage requirements established by law.
- Are registered for work with Arizona Job Connection – DES will attempt to register you based on the information you provide when your claim is filed.
- Actively seek work and remain available and able to accept suitable employment.
- Meet all other eligibility requirements.

You may receive partial unemployment insurance payments if your hours and wages are reduced.

Equal Opportunity Employer / Program • Auxiliary aids and services are available upon request to individuals with disabilities • To request this document in alternative format or for further information about this policy, contact the UI Tax Office at 602-771-6606; TTY/TDD Services: 7-1-1 • Disponible en español en línea o en la oficina local.

POU-003 (02/25)



Thank you for not smoking.



To report a violation or file a complaint:
smokefreearizona.org

**1-877-4-AZNOSMOKE
1-877-429-6676**

Smoke-Free Arizona Act ARS§36-601.01





Gracias por no fumar.



Para reportar una violación o presentar una queja:

arizonasinhumo.org

1-877-4-AZNOSMOKE

1-877-429-6676

Este Documento es una traducción tomada del texto original escrito en Inglés. Esta traducción no es oficial y no está vinculado a este Estado o a ninguna subdivisión política de este Estado.

Ley Arizona Sin Humo ARS§36-601.01



CONSTRUCTIVE DISCHARGE

- - - Notification of A.R.S. §23-1502 - - - CONSTRUCTIVE DISCHARGE

NOTICE

An employee is encouraged to communicate to the employer whenever the employee believes working conditions may become intolerable to the employee and may cause the employee to resign. Under section 23-1502, Arizona Revised Statutes, an employee may be required to notify an appropriate representative of the employer in writing that a working condition exists that the employee believes is intolerable, that will compel the employee to resign or that constitutes a constructive discharge, if the employee wants to preserve the right to bring a claim against the employer alleging that the working condition forced the employee to resign.

Under the law, an employee may be required to wait for fifteen calendar days after providing written notice before the employee may resign if the employee desires to preserve the right to bring a constructive discharge claim against the employer. An employee may be entitled to paid or unpaid leave of absence of up to fifteen calendar days while waiting for the employer to respond to the employee's written communication about the employee's working condition.

July 2013

PRINT

WORK EXPOSURE TO BODILY FLUIDS

NOTICE TO EMPLOYEES

Re: Human Immunodeficiency Virus (HIV),
Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) & Hepatitis C

Employees are notified that a claim may be made for a condition, infection, disease, or disability involving or related to the Human Immunodeficiency Virus (HIV), Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), or Hepatitis C within the provisions of the Arizona Workers' Compensation Law, and the rules of The Industrial Commission of Arizona. Such a claim shall include the occurrence of a significant exposure at work, which generally means contact of an employee's ruptured or broken skin or mucous membrane with a person's blood, semen, vaginal fluid, surgical fluid(s) or any other fluid(s) containing blood. **AN EMPLOYEE MUST CONSULT A PHYSICIAN TO SUPPORT A CLAIM.** Claims cannot arise from sexual activity or illegal drug use.

Certain classes of employees may more easily establish a claim related to HIV, AIDS, or Hepatitis C if they meet the following requirements:

1. The employee's regular course of employment involves handling or exposure to blood, semen, vaginal fluid, surgical fluid(s) or any other fluid(s) containing blood. Included in this category are health care providers, forensic laboratory workers, fire fighters, law enforcement officers, emergency medical technicians, paramedics and correctional officers.

2. **NO LATER THAN TEN (10) CALENDAR DAYS** after a possible significant exposure which arises out of and in the course of employment, the employee reports in writing to the employer the details of the exposure as provided by Commission rules. Reporting forms are available at the office of this employer or from the Industrial Commission of Arizona, 800 W. Washington, Phoenix, Arizona 85007, (602) 542-4661 or 2675 E. Broadway, Tucson, Arizona 85716, (520) 628-5181. If an employee chooses not to complete the reporting form, that employee may be at risk of losing a prima facie claim.

3. **NO LATER THAN TEN (10) CALENDAR DAYS** after the possible significant exposure the employee has blood drawn, and **NO LATER THAN THIRTY (30) CALENDAR DAYS** the blood is tested for **HIV OR HEPATITIS C** by antibody testing and the test results are negative.

4. **NO LATER THAN EIGHTEEN (18) MONTHS** after the date of the possible significant exposure at work, the employee is retested and the results of the test are HIV positive or the employee has been diagnosed as positive for the presence of HIV, or **NO LATER THAN SEVEN (7) MONTHS** after the date of the possible significant exposure at work, the employee is retested and the results of the test are positive for the presence of Hepatitis C or the employee has been diagnosed as positive for the presence of Hepatitis C.

**KEEP POSTED IN CONSPICUOUS PLACE
NEXT TO WORKERS' COMPENSATION NOTICE TO EMPLOYEES**

THIS NOTICE IS APPROVED BY THE INDUSTRIAL
COMMISSION OF ARIZONA FOR CARRIER USE

EXPOSICION A FLUIDOS CORPORALES EN EL TRABAJO

AVISO A LOS EMPLEADOS

Re: El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH),
Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y Hepatitis C

Se les notifica a los empleados que se puede hacer una reclamación por una condición, infección, enfermedad o incapacidad relacionada con o derivada del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), o Hepatitis C bajo lo provisto por la Ley de Compensación para los Trabajadores de Arizona y las reglas de La Comisión Industrial de Arizona. Tal reclamación debe incluir el suceso de una exposición importante en el trabajo, la que por lo general significa contacto de alguna ruptura de la piel o mucosa del empleado con la sangre, semen, fluido vaginal, fluido(s) quirúrgico(s) o cualquier otro fluido de una persona que contenga sangre. **EL EMPLEADO DEBE CONSULTAR A UN MEDICO PARA CONFIRMAR SU RECLAMACION.** Las reclamaciones no pueden resultar de actividad sexual o uso ilícito de drogas.

Ciertas clases de empleados pueden establecer más fácilmente una reclamación relacionada con el VIH, SIDA O Hepatitis C si reúnen los requisitos siguientes:

1. El curso regular del empleo del empleado requiere el manejo de o la exposición a sangre, semen, fluido vaginal, fluido(s) quirúrgico(s) o cualquier otro fluido que contenga sangre. Incluidos en esta categoría son los proveedores de cuidados de la salud, trabajadores de laboratorios forenses, bomberos, agentes policiales, técnicos médicos de emergencia, paramédicos y agentes correccionales.

2. **NO MAS DE DIEZ (10) DIAS DE CALENDARIO** después de una posible exposición importante que resulta de y en el curso de su trabajo, el empleado reporta a su patrón por escrito los detalles de la exposición como lo proveen las reglas de la Comisión. Las formas de reporte están disponibles en la oficina de este patrón o de la Comisión Industrial de Arizona, 800 W. Washington, Phoenix, Arizona 85007, (602) 542-4661 o 2675 E. Broadway, Tucson, Arizona 85716, (520) 628-5181. Si un empleado elige no llenar la forma de reporte, ese empleado corre el riesgo de perder una reclamación de prima facie.

3. **NO MAS DE DIEZ (10) DIAS DE CALENDARIO** después de una posible exposición importante el empleado va a que le saquen sangre, y **NO MAS DE TREINTA (30) DIAS DE CALENDARIO** la sangre es analizada para **VIH O HEPATITIS C** por medio de análisis de anticuerpos y el análisis resulta negativo.

4. **NO MAS DE DIECIOCHO (18) MESES** después de la fecha de la posible exposición importante en el trabajo, el empleado es examinado nuevamente y los resultados del análisis son positivos por VIH o el empleado ha sido diagnosticado como positivo por la presencia de VIH, o **NO MAS DE SIETE (7) MESES** después de la fecha de la posible exposición importante en el trabajo, el empleado es examinado nuevamente y los resultados del análisis son positivos por la presencia de Hepatitis C o el empleado ha sido diagnosticado como positivo por la presencia de Hepatitis C.

**MANTENER FIJO EN UN LUGAR SOBRESALIENTE JUNTO AL AVISO A LOS EMPLADOS
SOBRE COMPENSACION PARA TRABAJADORES**

**ESTE AVISO HA SIDO APROBADO POR LA COMISION INDUSTRIAL
DE ARIZONA PARA USO DE LAS ASEGURADORAS**

Este documento es una traduccion del texto original escrito en ingles. Esta traduccion no es oficial y no es vinculante para este estado o para una subdivision politica de este estado.

This document is a translation from original text written in English. This translation is unofficial and is not binding on this state or a political subdivision of this state.

WORK EXPOSURE TO METHICILLIN-RESISTANT *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* (MRSA), SPINAL MENINGITIS, OR TUBERCULOSIS (TB)

Notice to Employees

Employees are notified that a claim may be made for a condition, infection, disease or disability involving or related to MRSA, spinal meningitis, or TB within the provisions of the Arizona Workers' Compensation Law. (A.R.S. § 23-1043.04) Such a claim shall include the occurrence of a significant exposure at work, which is defined to mean an exposure in the course of employment to aerosolized MRSA, spinal meningitis or TB bacteria. Significant exposure also includes exposure in the course of employment to MRSA through bodily fluids or skin.

Certain classes of employees (as defined below) may more easily establish a claim related to MRSA, spinal meningitis or TB by meeting the following requirements:

1. The employee's regular course of employment involves handling or exposure to MRSA, spinal meningitis or TB. For purposes of establishing a claim under this section, "employee" is limited to firefighters, law enforcement officers, correction officers, probation officers, emergency medical technicians and paramedics who are not employed by a health care institution;
2. No later than thirty (30) calendar days after a possible significant exposure, the employee reports in writing to the employer the details of the exposure;
3. A diagnosis is made within the following time-frames:
 - a. For a claim involving MRSA, the employee must be diagnosed with MRSA within fifteen (15) days after the employee reports pursuant to Item No. 2 above;
 - b. For a claim involving spinal meningitis, the employee must be diagnosed with spinal meningitis within two (2) to eighteen (18) days of the possible significant exposure; and
 - c. For a claim involving TB, the employee is diagnosed with TB within twelve (12) weeks of the possible significant exposure.

Expenses for post-exposure evaluation and follow-up, including reasonably required prophylactic treatment for MRSA, spinal meningitis, and TB is considered a medical benefit under the Arizona Workers' Compensation Act for any significant exposure that arises out of and in the course of employment if the employee files a claim for the significant exposure or the employee reports in writing the details of the exposure. Providing post-exposure evaluation and follow-up, including prophylactic treatment, does not, however, constitute acceptance of a claim for a condition, infection, disease or disability involving or related to a significant exposure.

Employers must post this notice in a conspicuous place next to the Workers' Compensation Notice to Employees.

ARIZONA LAW PROHIBITS DISCRIMINATION IN EMPLOYMENT

ON THE BASIS OF: Race, Color Religion, Sex, Age (40+),
National Origin, Disability, or Results of Genetic Testing.

BY: Employers, Employment Agencies, or Labor Unions.

WITH RESPECT TO: Hiring, Promotion, Transfer,
Termination, Salary or Benefits, Lay-Off, Apprenticeship and
Training Programs, Job Referrals, or Union Membership.

REMEDY MAY INCLUDE: Employment, Reinstatement, Back
Pay, Promotion, or Lost Benefits.

*Intake form available online at www.azag.gov

LA LEY DE ARIZONA PROHIBE DISCRIMINACION EN EL EMPLEO

POR RAZONES DE: Raza, Color, Religion, Sexo, Edad(40+),
Origen Nacional, Incapacidad, o Resultados de Pruebas
Geneticas.

POR PARTE DE: Empleador, Agencias de Empleo, o Sindicatos.

CON RESPECTO A: Ocupacion, Ascenso, Transferencia,
Terminacion, Salarios o Beneficios, Despido, Aprendizaje de
Trabajo, Referencias de Trabajo, o Miembrecia en Sindicatos.

LOS REMEDIOS PUEDEN INCLUIR: Empleo, Re-Empleo
Sueldo Atrasado, Ascenso, o Beneficios Perdidos.

*Formulario de cuestionario esta disponible en
nuestro sitio de web: www.azag.gov



Phoenix Office
2005 N. Central Avenue
Phoenix, Arizona 85004
(602) 542-5263
(877) 491-5742 Toll Free
(877) 624-8090 TTY Toll Free

**State of Arizona
Office of the Attorney General
Civil Rights Division**

Tucson Office
400 West Congress Street
Tucson, Arizona 85701
(502) 628-6500
(877) 491-5740 Toll Free
(877) 624-8090 TTY Toll Free

**THIS NOTICE MUST BE POSTED IN A CONSPICUOUS WELL LIGHTED PLACE FREQUENTED
BY EMPLOYEES, JOB SEEKERS, APPLICANTS FOR UNION MEMBERSHIP, OR PATRONS.**

This Organization Participates in E-Verify

Sample Only

Esta Organización Participa en E-Verify

Sólo muestra



This employer participates in E-Verify and will provide the federal government with your Form I-9 information to confirm that you are authorized to work in the U.S.

If E-Verify cannot confirm that you are authorized to work, this employer is required to give you written instructions and an opportunity to contact Department of Homeland Security (DHS) or Social Security Administration (SSA) so you can begin to resolve the issue before the employer can take any action against you, including terminating your employment.

Employers can only use E-Verify once you have accepted a job offer and completed the Form I-9.

E-Verify Works for Everyone

For more information on E-Verify, or if you believe that your employer has violated its E-Verify responsibilities, please contact DHS.

Este empleador participa en E-Verify y proporcionará al gobierno federal la información de su Formulario I-9 para confirmar que usted está autorizado para trabajar en los EE.UU..

Si E-Verify no puede confirmar que usted está autorizado para trabajar, este empleador está requerido a darle instrucciones por escrito y una oportunidad de contactar al Departamento de Seguridad Nacional (DHS) o a la Administración del Seguro Social (SSA) para que pueda empezar a resolver el problema antes de que el empleador pueda tomar cualquier acción en su contra, incluyendo la terminación de su empleo.

Los empleadores sólo pueden utilizar E-Verify una vez que usted haya aceptado una oferta de trabajo y completado el Formulario I-9.

E-Verify Funciona Para Todos

Para más información sobre E-Verify, o si usted cree que su empleador ha violado sus responsabilidades de E-Verify, por favor contacte a DHS.

888-897-7781

E-Verify.gov



E-VERIFY IS A SERVICE OF DHS AND SSA

The E-Verify logo and mark are registered trademarks of Department of Homeland Security. Commercial sale of this poster is strictly prohibited.

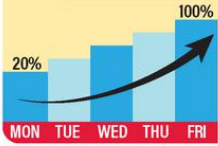


Prevent Heat Illness at Work

Outdoor and **indoor** heat exposure can be dangerous.

Ways to Protect Yourself and Others

Ease into Work. Nearly 3 out of 4 fatalities from heat illness happen during the first week of work.



- ✓ **New** and **returning** workers need to build tolerance to heat (acclimatize) and take frequent breaks.
- ✓ **Follow the 20% Rule.** On the first day, work no more than 20% of the shift's duration at full intensity in the heat. Increase the duration of time at full intensity by no more than 20% a day until workers are used to working in the heat.



Drink Cool Water

Drink cool water even if you are not thirsty — at least 1 cup every 20 minutes.



Dress for the Heat

Wear a hat and light-colored, loose-fitting, and breathable clothing if possible.



Take Rest Breaks

Take enough time to recover from heat given the temperature, humidity, and conditions.



Watch Out for Each Other

Monitor yourself and others for signs of heat illness.



Find Shade or a Cool Area

Take breaks in a designated shady or cool location.



If Wearing a Face Covering

Change your face covering if it gets wet or soiled. Verbally check on others frequently.

First Aid for Heat Illness

The following are signs of a medical emergency!



- Abnormal thinking or behavior
- Slurred speech
- Seizures
- Loss of consciousness

1

» **CALL 911 IMMEDIATELY**

2

» **COOL THE WORKER RIGHT AWAY WITH WATER OR ICE**

3

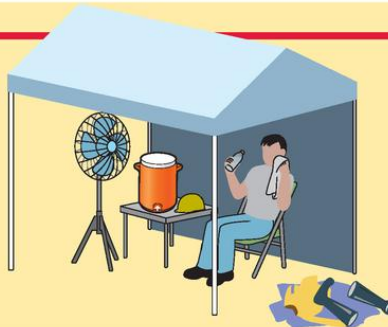
» **STAY WITH THE WORKER UNTIL HELP ARRIVES**



Watch for any other signs of heat illness and act quickly. When in doubt, call 911.

If a worker experiences:

Headache or nausea
 Weakness or dizziness
 Heavy sweating or hot, dry skin
 Elevated body temperature
 Thirst
 Decreased urine output



Take these actions:

- » Give water to drink
- » Remove unnecessary clothing
- » Move to a cooler area
- » Cool with water, ice, or a fan
- » Do not leave alone
- » Seek medical care if needed



OSHA[®] Occupational
 Safety and Health
 Administration

For more information: 1-800-321-OSHA (6742)

TTY 1-877-889-5627 www.osha.gov/heat

Federal law entitles you to a safe workplace. You have the right to speak up about hazards without fear of retaliation. See www.osha.gov/workers for information about how to file a confidential complaint with OSHA and ask for an inspection.

EMPLOYEE RIGHTS

UNDER THE FAIR LABOR STANDARDS ACT

FEDERAL MINIMUM WAGE

\$7.25

 PER HOUR

BEGINNING JULY 24, 2009

The law requires employers to display this poster where employees can readily see it.

OVERTIME PAY

At least 1½ times the regular rate of pay for all hours worked over 40 in a workweek.

CHILD LABOR

An employee must be at least 16 years old to work in most non-farm jobs and at least 18 to work in non-farm jobs declared hazardous by the Secretary of Labor. Youths 14 and 15 years old may work outside school hours in various non-manufacturing, non-mining, non-hazardous jobs with certain work hours restrictions. Different rules apply in agricultural employment.

TIP CREDIT

Employers of "tipped employees" who meet certain conditions may claim a partial wage credit based on tips received by their employees. Employers must pay tipped employees a cash wage of at least \$2.13 per hour if they claim a tip credit against their minimum wage obligation. If an employee's tips combined with the employer's cash wage of at least \$2.13 per hour do not equal the minimum hourly wage, the employer must make up the difference.

PUMP AT WORK

The FLSA requires employers to provide reasonable break time for a nursing employee to express breast milk for her nursing child for one year after the child's birth each time the employee needs to express breast milk. Employers must provide a place, other than a bathroom, that is shielded from view and free from intrusion from coworkers and the public, which may be used by the employee to express breast milk.

ENFORCEMENT

The Department has authority to recover back wages and an equal amount in liquidated damages in instances of minimum wage, overtime, and other violations. The Department may litigate and/or recommend criminal prosecution. Employers may be assessed civil money penalties for each willful or repeated violation of the minimum wage or overtime pay provisions of the law. Civil money penalties may also be assessed for violations of the FLSA's child labor provisions. Heightened civil money penalties may be assessed for each child labor violation that results in the death or serious injury of any minor employee, and such assessments may be doubled when the violations are determined to be willful or repeated. The law also prohibits retaliating against or discharging workers who file a complaint or participate in any proceeding under the FLSA.

ADDITIONAL INFORMATION

- Certain occupations and establishments are exempt from the minimum wage, and/or overtime pay provisions. Certain narrow exemptions also apply to the pump at work requirements.
- Special provisions apply to workers in American Samoa, the Commonwealth of the Northern Mariana Islands, and the Commonwealth of Puerto Rico.
- Some state laws provide greater employee protections; employers must comply with both.
- Some employers incorrectly classify workers as "independent contractors" when they are actually employees under the FLSA. It is important to know the difference between the two because employees (unless exempt) are entitled to the FLSA's minimum wage and overtime pay protections and correctly classified independent contractors are not.
- Certain full-time students, student learners, apprentices, and workers with disabilities may be paid less than the minimum wage under special certificates issued by the Department of Labor.



WAGE AND HOUR DIVISION
UNITED STATES DEPARTMENT OF LABOR

1-866-487-9243
www.dol.gov/agencies/whd



WH1088 REV 04/23

Your Employee Rights Under the Family and Medical Leave Act

What is FMLA leave?

The Family and Medical Leave Act (FMLA) is a federal law that provides eligible employees with **job-protected leave** for qualifying family and medical reasons. The U.S. Department of Labor's Wage and Hour Division (WHD) enforces the FMLA for most employees.

Eligible employees can take **up to 12 workweeks** of FMLA leave in a 12-month period for:

- The birth, adoption or foster placement of a child with you,
- Your serious mental or physical health condition that makes you unable to work,
- To care for your spouse, child or parent with a serious mental or physical health condition, and
- Certain qualifying reasons related to the foreign deployment of your spouse, child or parent who is a military servicemember.

An eligible employee who is the spouse, child, parent or next of kin of a covered servicemember with a serious injury or illness **may take up to 26 workweeks** of FMLA leave in a single 12-month period to care for the servicemember.

You have the right to use FMLA leave in **one block of time**. When it is medically necessary or otherwise permitted, you may take FMLA leave **intermittently in separate blocks of time, or on a reduced schedule** by working less hours each day or week. Read Fact Sheet #28M(c) for more information.

FMLA leave is **not paid leave**, but you may choose, or be required by your employer, to use any employer-provided paid leave if your employer's paid leave policy covers the reason for which you need FMLA leave.

Am I eligible to take FMLA leave?

You are an **eligible employee** if **all** of the following apply:

- You work for a covered employer,
- You have worked for your employer at least 12 months,
- You have at least 1,250 hours of service for your employer during the 12 months before your leave, and
- Your employer has at least 50 employees within 75 miles of your work location.

Airline flight crew employees have different "hours of service" requirements.

You work for a **covered employer** if **one** of the following applies:

- You work for a private employer that had at least 50 employees during at least 20 workweeks in the current or previous calendar year,
- You work for an elementary or public or private secondary school, or
- You work for a public agency, such as a local, state or federal government agency. Most federal employees are covered by Title II of the FMLA, administered by the Office of Personnel Management.

How do I request FMLA leave?

Generally, to request FMLA leave you **must**:

- Follow your employer's normal policies for requesting leave,
- Give notice at least 30 days before your need for FMLA leave, or
- If advance notice is not possible, give notice as soon as possible.

You **do not have to share a medical diagnosis** but must provide enough information to your employer so they can determine whether the leave qualifies for FMLA protection. You **must also inform your employer if FMLA leave was previously taken** or approved for the same reason when requesting additional leave.

Your **employer may request certification** from a health care provider to verify medical leave and may request certification of a qualifying exigency.

The FMLA does not affect any federal or state law prohibiting discrimination or supersede any state or local law or collective bargaining agreement that provides greater family or medical leave rights.

State employees may be subject to certain limitations in pursuit of direct lawsuits regarding leave for their own serious health conditions. Most federal and certain congressional employees are also covered by the law but are subject to the jurisdiction of the U.S. Office of Personnel Management or Congress.

What does my employer need to do?

If you are eligible for FMLA leave, your **employer must**:

- Allow you to take job-protected time off work for a qualifying reason,
- Continue your group health plan coverage while you are on leave on the same basis as if you had not taken leave, and
- Allow you to return to the same job, or a virtually identical job with the same pay, benefits and other working conditions, including shift and location, at the end of your leave.

Your **employer cannot interfere with your FMLA rights** or threaten or punish you for exercising your rights under the law. For example, your employer cannot retaliate against you for requesting FMLA leave or cooperating with a WHD investigation.

After becoming aware that your need for leave is for a reason that may qualify under the FMLA, your **employer must confirm whether you are eligible** or not eligible for FMLA leave. If your employer determines that you are eligible, your **employer must notify you in writing**:

- About your FMLA rights and responsibilities, and
- How much of your requested leave, if any, will be FMLA-protected leave.

Where can I find more information?

Call 1-866-487-9243 or visit dol.gov/fmla to learn more.

If you believe your rights under the FMLA have been violated, you may file a complaint with WHD or file a private lawsuit against your employer in court. **Scan the QR code to learn about our WHD complaint process.**



WAGE AND HOUR DIVISION
UNITED STATES DEPARTMENT OF LABOR

SCAN ME





YOUR RIGHTS UNDER USERRA

THE UNIFORMED SERVICES EMPLOYMENT AND REEMPLOYMENT RIGHTS ACT

USERRA protects the job rights of individuals who voluntarily or involuntarily leave employment positions to undertake military service or certain types of service in the National Disaster Medical System. USERRA also prohibits employers from discriminating against past and present members of the uniformed services, and applicants to the uniformed services.

REEMPLOYMENT RIGHTS

You have the right to be reemployed in your civilian job if you leave that job to perform service in the uniformed service and:

- ☆ you ensure that your employer receives advance written or verbal notice of your service;
- ☆ you have five years or less of cumulative service in the uniformed services while with that particular employer;
- ☆ you return to work or apply for reemployment in a timely manner after conclusion of service; and
- ☆ you have not been separated from service with a disqualifying discharge or under other than honorable conditions.

If you are eligible to be reemployed, you must be restored to the job and benefits you would have attained if you had not been absent due to military service or, in some cases, a comparable job.

RIGHT TO BE FREE FROM DISCRIMINATION AND RETALIATION

If you:

- ☆ are a past or present member of the uniformed service;
- ☆ have applied for membership in the uniformed service; or
- ☆ are obligated to serve in the uniformed service;

then an employer may not deny you:

- ☆ initial employment;
- ☆ reemployment;
- ☆ retention in employment;
- ☆ promotion; or
- ☆ any benefit of employment

because of this status.

In addition, an employer may not retaliate against anyone assisting in the enforcement of USERRA rights, including testifying or making a statement in connection with a proceeding under USERRA, even if that person has no service connection.

HEALTH INSURANCE PROTECTION

- ☆ If you leave your job to perform military service, you have the right to elect to continue your existing employer-based health plan coverage for you and your dependents for up to 24 months while in the military.
- ☆ Even if you don't elect to continue coverage during your military service, you have the right to be reinstated in your employer's health plan when you are reemployed, generally without any waiting periods or exclusions (e.g., pre-existing condition exclusions) except for service-connected illnesses or injuries.

ENFORCEMENT

- ☆ The U.S. Department of Labor, Veterans Employment and Training Service (VETS) is authorized to investigate and resolve complaints of USERRA violations.
- ☆ For assistance in filing a complaint, or for any other information on USERRA, contact VETS at 1-866-4-USA-DOL or visit its website at <https://www.dol.gov/agencies/vets/>. An interactive online USERRA Advisor can be viewed at <https://webapps.dol.gov/elaws/vets/userra>
- ☆ If you file a complaint with VETS and VETS is unable to resolve it, you may request that your case be referred to the Department of Justice or the Office of Special Counsel, as applicable, for representation.
- ☆ You may also bypass the VETS process and bring a civil action against an employer for violations of USERRA.

The rights listed here may vary depending on the circumstances. The text of this notice was prepared by VETS, and may be viewed on the internet at this address: <https://www.dol.gov/agencies/vets/programs/userra/poster>. Federal law requires employers to notify employees of their rights under USERRA, and employers may meet this requirement by displaying the text of this notice where they customarily place notices for employees.



U.S. Department of Labor
1-866-487-2365



U.S. Department of Justice



Office of Special Counsel



1-800-336-4590

Publication Date — May 2022

EMPLOYEE RIGHTS

EMPLOYEE POLYGRAPH PROTECTION ACT

The Employee Polygraph Protection Act prohibits most private employers from using lie detector tests either for pre-employment screening or during the course of employment.

PROHIBITIONS Employers are generally prohibited from requiring or requesting any employee or job applicant to take a lie detector test, and from discharging, disciplining, or discriminating against an employee or prospective employee for refusing to take a test or for exercising other rights under the Act.

EXEMPTIONS Federal, State and local governments are not affected by the law. Also, the law does not apply to tests given by the Federal Government to certain private individuals engaged in national security-related activities.

The Act permits polygraph (a kind of lie detector) tests to be administered in the private sector, subject to restrictions, to certain prospective employees of security service firms (armored car, alarm, and guard), and of pharmaceutical manufacturers, distributors and dispensers.

The Act also permits polygraph testing, subject to restrictions, of certain employees of private firms who are reasonably suspected of involvement in a workplace incident (theft, embezzlement, etc.) that resulted in economic loss to the employer.

The law does not preempt any provision of any State or local law or any collective bargaining agreement which is more restrictive with respect to lie detector tests.

EXAMINEE RIGHTS Where polygraph tests are permitted, they are subject to numerous strict standards concerning the conduct and length of the test. Examinees have a number of specific rights, including the right to a written notice before testing, the right to refuse or discontinue a test, and the right not to have test results disclosed to unauthorized persons.

ENFORCEMENT The Secretary of Labor may bring court actions to restrain violations and assess civil penalties against violators. Employees or job applicants may also bring their own court actions.

THE LAW REQUIRES EMPLOYERS TO DISPLAY THIS POSTER WHERE EMPLOYEES AND JOB APPLICANTS CAN READILY SEE IT.



WAGE AND HOUR DIVISION
UNITED STATES DEPARTMENT OF LABOR

1-866-487-9243
www.dol.gov/agencies/whd



WH1462 REV 02/22

DERECHOS DEL EMPLEADO

LEY PARA LA PROTECCIÓN DEL EMPLEADO CONTRA LA PRUEBA DEL POLÍGRAFO

La Ley Para La Protección del Empleado contra la Prueba de Polígrafo le prohíbe a la mayoría de los empleadores del sector privado que utilice pruebas con detectores de mentiras durante el período de pre-empleo o durante el servicio de empleo.

PROHIBICIONES Generalmente se le prohíbe al empleador que le exija o requiera a un empleado o a un solicitante a un trabajo que se someta a una prueba con detector de mentiras, y que despida, discipline, o discrimine de ninguna forma contra un empleado o contra un aspirante a un trabajo por haberse negado a someterse a la prueba o por haberse acogido a otros derechos establecidos por la Ley.

EXENCIONES Esta Ley no afecta a los empleados de los gobiernos federal, estatales y locales. Tampoco se aplica a las pruebas que el Gobierno Federal les administra a ciertos individuos del sector privado que trabajan en actividades relacionadas con la seguridad nacional.

La Ley permite la administración de pruebas de polígrafo (un tipo de detector de mentiras) en el sector privado, sujeta a ciertas restricciones, a ciertos aspirantes para empleos en compañías de seguridad (vehículos blindados, sistemas de alarma y guardias). También se les permite el uso de éstas a compañías que fabrican, distribuyen y dispensan productos farmacéuticos.

La Ley también permite la administración de estas pruebas de polígrafo, sujeta a ciertas restricciones, a empleados de empresas privadas que estén bajo sospecha razonable de estar involucrados en un incidente en el sitio de empleo (tal como un robo, desfalco, etc.) que le haya ocasionado daños económicos al empleador.

La Ley no substituye ninguna provisión de cualquier otra ley estatal o local ni tampoco a tratos colectivos que sean más rigurosos con respecto a las pruebas de polígrafo.

DERECHOS DE LOS EXAMINADOS

En casos en que se permitan las pruebas de polígrafo, éstas deben ser administradas bajo una cantidad de normas estrictas en cuanto a su administración y duración. Los examinados tienen un número de derechos específicos, incluyendo el derecho de advertencia por escrito antes de someterse a la prueba, el derecho a negarse a someterse a la prueba o a discontinuarla, al igual que el derecho a negarse a que los resultados de la prueba estén al alcance de personas no autorizadas.

CUMPLIMIENTO El/La Secretario(a) de Trabajo puede entablar pleitos para impedir violaciones y puede imponer penas pecuniarias civiles contra los violadores. Los empleados o solicitantes a empleo también tienen derecho a entablar sus propios pleitos en los tribunales.

LA LEY EXIGE QUE LOS EMPLEADORES EXHIBAN ESTE AVISO DONDE LOS EMPLEADOS Y LOS SOLICITANTES DE EMPLEO LO PUEDAN VER FÁCILMENTE.



DIVISIÓN DE HORAS Y SALARIOS

DEPARTAMENTO DE TRABAJO DE LOS EE.UU. www.dol.gov/agencies/whd

1-866-487-9243



WH1462 SPA REV 02/22



Job Safety and Health IT'S THE LAW!

All workers have the right to:

- A safe workplace.
- Raise a safety or health concern with your employer or OSHA, or report a work-related injury or illness, without being retaliated against.
- Receive information and training on job hazards, including all hazardous substances in your workplace.
- Request a confidential OSHA inspection of your workplace if you believe there are unsafe or unhealthy conditions. You have the right to have a representative contact OSHA on your behalf.
- Participate (or have your representative participate) in an OSHA inspection and speak in private to the inspector.
- File a complaint with OSHA within 30 days (by phone, online or by mail) if you have been retaliated against for using your rights.
- See any OSHA citations issued to your employer.
- Request copies of your medical records, tests that measure hazards in the workplace, and the workplace injury and illness log.

This poster is available free from OSHA.

Employers must:

- Provide employees a workplace free from recognized hazards. It is illegal to retaliate against an employee for using any of their rights under the law, including raising a health and safety concern with you or with OSHA, or reporting a work-related injury or illness.
- Comply with all applicable OSHA standards.
- Notify OSHA within 8 hours of a workplace fatality or within 24 hours of any work-related inpatient hospitalization, amputation, or loss of an eye.
- Provide required training to all workers in a language and vocabulary they can understand.
- Prominently display this poster in the workplace.
- Post OSHA citations at or near the place of the alleged violations.

On-Site Consultation services are available to small and medium-sized employers, without citation or penalty, through OSHA-supported consultation programs in every state.

Contact OSHA. We can help.





Seguridad y Salud en el Trabajo ¡ES LA LEY!

Todos los trabajadores tienen el derecho a:

- Un lugar de trabajo seguro.
- Decir algo a su empleador o la OSHA sobre preocupaciones de seguridad o salud, o reportar una lesión o enfermedad en el trabajo, sin sufrir represalias.
- Recibir información y entrenamiento sobre los peligros del trabajo, incluyendo sustancias tóxicas en su sitio de trabajo.
- Pedir una inspección confidencial de OSHA de su lugar de trabajo si usted cree que hay condiciones inseguras o insalubres. Usted tiene el derecho a que un representante se comunique con OSHA en su nombre.
- Participar (o su representante puede participar) en la inspección de OSHA y hablar en privado con el inspector.
- Presentar una queja con la OSHA dentro de 30 días (por teléfono, por internet, o por correo) si usted ha sufrido represalias por ejercer sus derechos.
- Ver cualesquiera citaciones de la OSHA emitidas a su empleador.
- Pedir copias de sus registros médicos, pruebas que miden los peligros en el trabajo, y registros de lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo.

Los empleadores deben:

- Proveer a los trabajadores un lugar de trabajo libre de peligros reconocidos. Es ilegal discriminar contra un empleado quien ha ejercido sus derechos bajo la ley, incluyendo hablando sobre preocupaciones de seguridad o salud a usted o con la OSHA, o por reportar una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo.
- Cumplir con todas las normas aplicables de la OSHA.
- Notificar a la OSHA dentro de 8 horas de una fatalidad laboral o dentro de 24 horas de cualquier hospitalización, amputación, o pérdida de ojo relacionado con el trabajo.
- Proporcionar el entrenamiento requerido a todos los trabajadores en un idioma y vocabulario que pueden entender.
- Mostrar claramente este cartel en el lugar de trabajo.
- Mostrar las citaciones de la OSHA acerca del lugar de la violación alegada.

Servicios de consulta en el lugar de trabajo están disponibles para empleadores de tamaño pequeño y mediano sin citación o multa, a través de los programas de consulta apoyados por la OSHA en cada estado.

Este cartel está disponible de la OSHA para gratis.

Llame OSHA. Podemos ayudar.





Know Your Rights: Workplace Discrimination is Illegal

The U.S. Equal Employment Opportunity Commission (EEOC) enforces Federal laws that protect you from discrimination in employment. If you believe you've been discriminated against at work or in applying for a job, the EEOC may be able to help.

Who is Protected?

- Employees (current and former), including managers and temporary employees
- Job applicants
- Union members and applicants for membership in a union

What Types of Employment Discrimination are Illegal?

Under the EEOC's laws, an employer may not discriminate against you, regardless of your immigration status, on the bases of:

- Race
- Color
- Religion
- National origin
- Sex (including pregnancy, childbirth, and related medical conditions, sexual orientation, or gender identity)
- Age (40 and older)
- Disability
- Genetic information (including employer requests for, or purchase, use, or disclosure of genetic tests, genetic services, or family medical history)
- Retaliation for filing a charge, reasonably opposing discrimination, or participating in a discrimination lawsuit, investigation, or proceeding
- Interference, coercion, or threats related to exercising rights regarding disability discrimination or pregnancy accommodation

What Organizations are Covered?

- Most private employers
- State and local governments (as employers)
- Educational institutions (as employers)
- Unions
- Staffing agencies

What Employment Practices can be Challenged as Discriminatory?

All aspects of employment, including:

- Discharge, firing, or lay-off
- Harassment (including unwelcome verbal or physical conduct)
- Hiring or promotion
- Assignment
- Pay (unequal wages or compensation)
- Failure to provide reasonable accommodation for a disability; pregnancy, childbirth, or related medical condition; or a sincerely-held religious belief, observance or practice
- Benefits
- Job training
- Classification
- Referral
- Obtaining or disclosing genetic information of employees
- Requesting or disclosing medical information of employees
- Conduct that might reasonably discourage someone from opposing discrimination, filing a charge, or participating in an investigation or proceeding
- Conduct that coerces, intimidates, threatens, or interferes with someone exercising their rights, or someone assisting or encouraging someone else to exercise rights, regarding disability discrimination (including accommodation) or pregnancy accommodation

What can You Do if You Believe Discrimination has Occurred?

Contact the EEOC promptly if you suspect discrimination. Do not delay, because there are strict time limits for filing a charge of discrimination (180 or 300 days, depending on where you live/work). You can reach the EEOC in any of the following ways:

Submit an inquiry through the EEOC's public portal:
<https://publicportal.eeoc.gov/Portal/Login.aspx>

Call 1-800-669-4000 (toll free)
1-800-669-6820 (TTY)
1-844-234-5122 (ASL video phone)

Visit an EEOC field office (information at www.eeoc.gov/field-office)

E-Mail info@eeoc.gov

Additional information about the EEOC, including information about filing a charge of discrimination, is available at www.eeoc.gov.



EMPLOYERS HOLDING FEDERAL CONTRACTS OR SUBCONTRACTS

The Department of Labor's Office of Federal Contract Compliance Programs (OFCCP) enforces the nondiscrimination and affirmative action commitments of companies doing business with the Federal Government. If you are applying for a job with, or are an employee of, a company with a Federal contract or subcontract, you are protected under Federal law from discrimination on the following bases:

Race, Color, Religion, Sex, Sexual Orientation, Gender Identity, National Origin

Executive Order 11246, as amended, prohibits employment discrimination by Federal contractors based on race, color, religion, sex, sexual orientation, gender identity, or national origin, and requires affirmative action to ensure equality of opportunity in all aspects of employment.

Asking About, Disclosing, or Discussing Pay

Executive Order 11246, as amended, protects applicants and employees of Federal contractors from discrimination based on inquiring about, disclosing, or discussing their compensation or the compensation of other applicants or employees.

Disability

Section 503 of the Rehabilitation Act of 1973, as amended, protects qualified individuals with disabilities from discrimination in hiring, promotion, discharge, pay, fringe benefits, job training, classification, referral, and other aspects of employment by Federal contractors. Disability discrimination includes not making reasonable accommodation to the known physical or mental limitations of an otherwise qualified individual with a disability who is an applicant or employee, barring undue hardship to the employer. Section 503 also requires that Federal contractors take affirmative action to employ and advance in employment qualified individuals with disabilities at all levels of employment, including the executive level.

Protected Veteran Status

The Vietnam Era Veterans' Readjustment Assistance Act of 1974, as amended, 38 U.S.C. 4212, prohibits employment discrimination against, and requires affirmative action to recruit, employ, and advance in employment, disabled veterans, recently separated veterans (i.e., within three years of discharge or release from active duty), active duty wartime or campaign badge veterans, or Armed Forces service medal veterans.

Retaliation

Retaliation is prohibited against a person who files a complaint of discrimination, participates in an OFCCP proceeding, or otherwise opposes discrimination by Federal contractors under these Federal laws.

Any person who believes a contractor has violated its nondiscrimination or affirmative action obligations under OFCCP's authorities should contact immediately:

The Office of Federal Contract Compliance Programs (OFCCP)
U.S. Department of Labor
200 Constitution Avenue, N.W.
Washington, D.C. 20210
1-800-397-6251 (toll-free)

If you are deaf, hard of hearing, or have a speech disability, please dial 7-1-1 to access telecommunications relay services. OFCCP may also be contacted by submitting a question online to OFCCP's Help Desk at <https://ofccphelpdesk.dol.gov/s/>, or by calling an OFCCP regional or district office, listed in most telephone directories under U.S. Government, Department of Labor and on OFCCP's "Contact Us" webpage at <https://www.dol.gov/agencies/ofccp/contact>.

PROGRAMS OR ACTIVITIES RECEIVING FEDERAL FINANCIAL ASSISTANCE

Race, Color, National Origin, Sex

In addition to the protections of Title VII of the Civil Rights Act of 1964, as amended, Title VI of the Civil Rights Act of 1964, as amended, prohibits discrimination on the basis of race, color or national origin in programs or activities receiving Federal financial assistance. Employment discrimination is covered by Title VI if the primary objective of the financial assistance is provision of employment, or where employment discrimination causes or may cause discrimination in providing services under such programs. Title IX of the Education Amendments of 1972 prohibits employment discrimination on the basis of sex in educational programs or activities which receive Federal financial assistance.

Individuals with Disabilities

Section 504 of the Rehabilitation Act of 1973, as amended, prohibits employment discrimination on the basis of disability in any program or activity which receives Federal financial assistance. Discrimination is prohibited in all aspects of employment against persons with disabilities who, with or without reasonable accommodation, can perform the essential functions of the job.

If you believe you have been discriminated against in a program of any institution which receives Federal financial assistance, you should immediately contact the Federal agency providing such assistance.

(Revised 6/27/2023)



Conozca sus Derechos: La Discriminación en el Lugar de Trabajo es Ilegal

La Comisión Para la Igualdad de Oportunidades en el Empleo (EEOC, por sus siglas en inglés) de los EE. UU. hace cumplir las leyes federales que lo protegen contra la discriminación en el empleo. Si cree que ha sido discriminado(a) en el trabajo o al solicitar un trabajo, la EEOC puede ayudarle.

¿Quién está Protegido?

- Empleados (actuales y anteriores), incluyendo gerentes y empleados temporales
- Miembros de sindicatos y Solicitantes de membresía en un sindicato
- Aplicantes de trabajo

¿Qué Tipos de Discriminación Laboral son Ilegales?

Según las leyes de la EEOC, un empleador no puede discriminarlo, independientemente de su estatus migratorio, por motivos de:

- Raza
- Color
- Religión
- Origen nacional
- Sexo (incluyendo embarazo, parto, y condiciones médicas relacionadas, orientación sexual o identidad de género)
- Edad (40 años o más)
- Discapacidad
- Información genética (incluyendo solicitudes del empleador para la compra, el uso o la divulgación de pruebas genéticas, servicios genéticos o historial médico familiar)
- Tomar represalias por presentar un cargo, oponerse razonablemente a la discriminación o participar en una demanda, investigación o procedimiento por discriminación
- Interferencia, coerción o amenazas relacionadas con el ejercicio de los derechos relacionados con la discriminación por discapacidad o la acomodación por embarazo

¿Qué Organizaciones están Cubiertas?

- La mayoría de los empleadores privados
- Instituciones educativas (como empleadores)
- Gobiernos estatales y locales (como empleadores)
- Sindicatos
- Agencias de empleo

¿Qué Prácticas Laborales Pueden ser Discriminatorias?

Todos los aspectos del empleo, incluyendo:

- Despidos
- Acoso (incluyendo conducta física o verbal no deseada)
- Contratación o promoción
- Asignaciones
- Remuneración (salarios desiguales o compensación)
- Falta de proporcionar adaptaciones razonables para una discapacidad; embarazo, parto o condición médica relacionada al embarazo o parto; o para la observancia o práctica de una creencia religiosa sincera
- Beneficios
- Formación profesional
- Clasificación
- Referencias
- Obtención o divulgación de información genética de los empleados
- Solicitud o divulgación de información médica de los empleados
- Conducta que podría desalentar razonablemente a alguien de oponerse a la discriminación, presentar un cargo o participar en una investigación o procedimiento
- Conducta que coaccione, intimide, amenace o interfiera con el ejercicio de sus derechos por parte de alguien, o alguien que ayude o aliente a otra persona a ejercer sus derechos, en relación con la discriminación por discapacidad (incluyendo las adaptaciones) o adaptaciones por embarazo

¿Qué Puede Hacer si Cree que ha Ocurrido Discriminación?

Comuníquese con la EEOC de inmediato si sospecha discriminación. No demore, porque existen límites de tiempo estrictos para presentar una denuncia por discriminación (180 o 300 días, según el lugar donde viva o trabaje). Puede comunicarse con la EEOC de cualquiera de las siguientes maneras:

Presentar una consulta a través del Portal Público de la EEOC: <https://publicportal.eeoc.gov/Portal/Login.aspx>

Llame 1-800-669-4000 (número gratuito)
1-800-669-6820 (TTY)
1-844-234-5122 (Video Teléfono de ASL)

Visite una Oficina de Campo de la EEOC (información en www.eeoc.gov/field-office)

Corre Electrónico: info@eeoc.gov

Información adicional sobre la EEOC, incluyendo información sobre cómo presentar un cargo de discriminación, está disponible en www.eeoc.gov/es.



EMPLEADORES QUE TIENEN CONTRATOS O SUBCONTRATOS FEDERALES

La Oficina de Programas de Cumplimiento de Contratos Federales (OFCCP, por sus siglas en inglés) del Departamento de Trabajo hace cumplir los compromisos de no discriminación y acción afirmativa de las empresas que hacen negocios con el gobierno federal. Si está solicitando un trabajo con, o es un empleado de una empresa con un contrato o subcontrato federal, usted está protegido(a) por la ley federal contra la discriminación en las siguientes bases:

Raza, Color, Religión, Sexo, Orientación Sexual, Identidad de Género, Origen Nacional

La Orden Ejecutiva 11246, enmendada, prohíbe la discriminación laboral por parte de los contratistas federales por motivos de raza, color, religión, sexo, orientación sexual, identidad de género u origen nacional, y requiere acción afirmativa para garantizar la igualdad de oportunidades en todos los aspectos del empleo.

Preguntar, Divulgar o Discutir Salarios

La Orden Ejecutiva 11246, enmendada, protege a los solicitantes y empleados de contratistas federales de la discriminación basada en preguntar, divulgar o discutir su compensación o la compensación de otros solicitantes o empleados.

Discapacidad

La Sección 503 del Acta de Rehabilitación de 1973, según enmendada, protege a las personas calificadas con discapacidades contra la discriminación en la contratación, promoción, despido, pago, beneficios complementarios, capacitación laboral, clasificación, referencias y otros aspectos del empleo por parte de contratistas federales. La discriminación por discapacidad incluye no hacer adaptaciones razonables a las limitaciones físicas o mentales conocidas de una persona con una discapacidad que de otro modo calificaría y que es un solicitante o empleado, a menos que haga una dificultad excesiva para el empleador. La Sección 503 también requiere que los contratistas federales tomen medidas afirmativas para emplear y promover a personas calificadas con discapacidades en todos los niveles de empleo, incluyendo a nivel ejecutivo.

Estatus Protegido Como Veterano

El Acta de Asistencia para el Reajuste de los Veteranos de la Era de Vietnam de 1974, modificada, 38 U.S.C. 4212, prohíbe la discriminación laboral y requiere acción afirmativa para reclutar, emplear y avanzar en el empleo a veteranos discapacitados, veteranos recientemente separados (es decir, dentro de los tres años posteriores al su separación o liberación del servicio activo), veteranos en servicio activo en tiempo de guerra o insignia de campaña, o veteranos con medallas de servicio de las fuerzas armadas.

Represalias

Se prohíben las represalias contra una persona que presente una queja por discriminación, participe en un procedimiento de la OFCCP o se oponga a la discriminación por parte de contratistas federales en virtud de estas leyes federales.

Cualquier persona que crea que un contratista ha violado sus obligaciones de no discriminar o acción afirmativa bajo las autoridades de la OFCCP debe comunicarse de inmediato con:

La Oficina de Programas de Cumplimiento de Contratos Federales (OFCCP),
Departamento de Trabajo de los EE. UU.,
200 Constitution Avenue, N.W.
Washington, D.C. 20210
1-800-397-6251 (llamada gratuita).

Si es sordo, tiene problemas de audición o tiene una discapacidad del habla, marque 7-1-1 para acceder a los servicios de retransmisión de telecomunicaciones. También se puede contactar a la OFCCP enviando una pregunta en línea a la mesa de ayuda de la OFCCP en <https://ofccphelpdesk.dol.gov/s/>, o llamando a una oficina regional o distrital de la OFCCP, que figura en la mayoría de los directorios telefónicos bajo el Departamento de Trabajo de los EE.UU. y en la página web "Contáctenos" de la OFCCP en <https://www.dol.gov/agencies/ofccp/contact>.

PROGRAMAS O ACTIVIDADES QUE RECIBEN ASISTENCIA FINANCIERA FEDERAL

Raza, Color, Origen Nacional, Sexo

Además de las protecciones del Título VII del Acta de Derechos Civiles de 1964, según enmendada, el Título VI del Acta de Derechos Civiles de 1964, según enmendada, prohíbe la discriminación por motivos de raza, color, u origen nacional en programas o actividades que reciben asistencia financiera. La discriminación laboral está cubierta por el Título VI si el objetivo principal de la asistencia financiera es la provisión de empleo, o cuando la discriminación laboral cause o pueda causar discriminación en la prestación de servicios bajo dichos programas. El Título IX de las Enmiendas de Educación de 1972 prohíbe la discriminación laboral por razón de sexo en programas o actividades educativas que reciben asistencia financiera federal.

Personas con Discapacidades

La Sección 504 del Acta de Rehabilitación de 1973, enmendada, prohíbe la discriminación laboral por motivos de discapacidad en cualquier programa o actividad que reciba asistencia financiera federal. Está prohibida la discriminación en todos los aspectos de empleo contra las personas con discapacidades que, con o sin ajustes razonables, pueden desempeñar las funciones esenciales del trabajo.

Si cree que ha sido discriminado(a) en un programa de cualquier institución que recibe asistencia financiera federal, debe comunicarse de inmediato con la agencia federal que brinda dicha asistencia.

(Actualizado 6/27/2023)

EMPLOYEE RIGHTS

UNDER THE NATIONAL LABOR RELATIONS ACT

The NLRA guarantees the right of employees to organize and bargain collectively with their employers, and to engage in other protected concerted activity.

Employees covered by the NLRA* are protected from certain types of employer and union misconduct. This Notice gives you general information about your rights, and about the obligations of employers and unions under the NLRA. Contact the National Labor Relations Board, the Federal agency that investigates and resolves complaints under the NLRA, using the contact information supplied below, if you have any questions about specific rights that may apply in your particular workplace.

Under the NLRA, you have the right to:

- **Organize a union** to negotiate with your employer concerning your wages, hours, and other terms and conditions of employment.
- **Form, join or assist a union.**
- **Bargain collectively** through representatives of employees' own choosing for a contract with your employer setting your wages, benefits, hours, and other working conditions.
- **Discuss your terms and conditions of employment** or union organizing with your co-workers or a union.
- **Take action** with one or more co-workers to improve your working conditions by, among other means, raising work-related complaints directly with your employer or with a government agency, and seeking help from a union.
- **Strike and picket**, depending on the purpose or means of the strike or the picketing.
- **Choose not to do any of these activities**, including joining or remaining a member of a union.

Illegal conduct will not be permitted. If you believe your rights or the rights of others have been violated, you should contact the NLRB promptly to protect your rights, generally within six months of the unlawful activity. You may inquire about possible violations without your employer or anyone else being informed of the inquiry. Charges may be filed by any person and need not be filed by the employee directly affected by the violation. The NLRB may order an employer to rehire a worker fired in violation of the law and to pay lost wages and benefits, and may order an employer or union to cease violating the law. Employees should seek assistance from the nearest regional NLRB office, which can be found on the Agency's website: www.nlrb.gov.



Under the NLRA, it is illegal for a union or for the union that represents you in bargaining with your employer to:

- **Threaten** you that you will lose your job unless you support the union.
- **Refuse to process a grievance** because you have criticized union officials or because you are not a member of the union.
- **Use or maintain discriminatory standards or procedures** in making job referrals from a hiring hall.
- **Cause or attempt to cause an employer to discriminate against you** because of your union-related activity.
- **Take other adverse action against you** based on whether you have joined or support the union.

If you and your coworkers select a union to act as your collective bargaining representative, your employer and the union are required to bargain in good faith in a genuine effort to reach a written, binding agreement setting your terms and conditions of employment. The union is required to fairly represent you in bargaining and enforcing the agreement.

You can also contact the NLRB by calling toll-free: 1-844-762-NLRB (6572). Language assistance is available. Hearing impaired callers who wish to speak to an NLRB representative should send an email to relay.service@nlrb.gov. An NLRB representative will email the requestor with instructions on how to schedule a relay service call.



SCAN TO LEARN MORE

Under the NLRA, it is illegal for your employer to:

- **Prohibit you from soliciting for a union during non-work time**, such as before or after work or during break times; or from distributing union literature during non-work time, in non-work areas, such as parking lots or break rooms.
- **Question you about your union** support or activities in a manner that discourages you from engaging in that activity.
- **Fire, demote, or transfer you, or reduce your hours or change your shift**, or otherwise take adverse action against you, or threaten to take any of these actions, because you join or support a union, or because you engage in concerted activity for mutual aid and protection, or because you choose not to engage in any such activity.
- **Threaten to close your workplace** if workers choose a union to represent them.
- **Promise or grant promotions, pay raises, or other benefits** to discourage or encourage union support.
- **Prohibit you from wearing union hats, buttons, t-shirts, and pins in the workplace** except under special circumstances.
- **Spy on or videotape peaceful union activities** and gatherings or pretend to do so.

*The National Labor Relations Act covers most private-sector employers. Excluded from coverage under the NLRA are public-sector employees, agricultural and domestic workers, independent contractors, workers employed by a parent or spouse, employees of air and rail carriers covered by the Railway Labor Act, and supervisors (although supervisors that have been discriminated against for refusing to violate the NLRA may be covered).

DERECHOS DE LOS EMPLEADOS

CONFORME A LA LEY NACIONAL DE RELACIONES DEL TRABAJO

La Ley Nacional de Relaciones del Trabajo (NLRA por sus siglas en inglés) garantiza el derecho de los empleados a organizarse y negociar colectivamente con sus empleadores y a participar en otras actividades concertadas protegidas. Los empleados cubiertos por la NLRA* están protegidos contra ciertos tipos de conductas inapropiadas por parte de empleadores y uniones. Este Aviso le brinda información general sobre sus derechos y las obligaciones de los empleadores y uniones bajo la NLRA. Si tiene alguna pregunta acerca de los derechos específicos que se puedan aplicar a su lugar de trabajo, utilice la información indicada a continuación para comunicarse con la Junta Nacional de Relaciones del Trabajo (NLRB por sus siglas en inglés), la agencia federal que investiga y resuelve quejas basadas en la NLRA.

Bajo la NLRA, usted tiene derecho a:

- **Organizar una unión** para negociar con su empleador respecto a sus salarios, horas de trabajo y otros términos y condiciones de empleo.
- **Formar, unirse o colaborar con una unión.**
- **Negociar colectivamente**, a través de representantes elegidos por los empleados, un contrato con su empleador que establezcan sus salarios, beneficios, horas y otras condiciones de trabajo.
- **Discutir sus términos y condiciones de empleo** o la organización de una unión con los compañeros de trabajo o una unión.
- **Tomar medidas** con uno o más compañeros de trabajo para mejorar sus condiciones de trabajo tales como, entre otras, la presentación de quejas relacionadas al trabajo directamente al empleador o una agencia gubernamental y procurar la ayuda de una unión.
- **Participar en huelgas o piquetes**, según los fines y medios de las huelgas o piquetes.
- **Decidir a no participar en ninguna de estas actividades**, incluso unirse o seguir siendo parte de una unión.

La conducta ilegal no será permitida. Si usted cree que sus derechos o los de los demás han sido violados, debe comunicarse con la NLRB de inmediato, generalmente en un plazo de seis meses de haber ocurrido la acción ilícita, para proteger sus derechos. Puede preguntar acerca de posibles infracciones sin que se informe a su empleador o a cualquier otra persona al respecto. Los cargos pueden ser presentados por cualquier persona, no necesariamente por el empleado afectado directamente por la infracción. La NLRB puede exigir a un empleador que vuelva a contratar a un trabajador despedido en violación de la ley y que pague salarios y beneficios perdidos, así como ordenar a un empleador o unión que cesen de infringir la ley. Los empleados deben solicitar ayuda de la oficina regional de la NLRB más cercana, que se puede encontrar en la página web de la agencia: www.nlrb.gov.



Bajo la NLRA, es ilegal que una unión o la unión que le represente en las negociaciones con su empleador:

- **Le amenace** con perder su trabajo si no apoya a la unión.
- **Se niegue a procesar una queja** porque usted ha criticado a oficiales de la unión o porque usted no sea parte de la unión.
- **Implemente o mantenga normas o procedimientos discriminatorios** al realizar recomendaciones de un centro de contratación.
- **Provoque o intente provocar que un empleador le discrimine** debido a sus actividades relacionadas a la unión.
- **Tome otras medidas adversas contra usted** basándose en si se ha afiliado o apoya a la unión.

Si usted y sus compañeros de trabajo eligen a una unión para que actúe como su representante en negociaciones colectivas, el empleador y la unión tienen la obligación de negociar de buena fe en un esfuerzo genuino para llegar a un acuerdo por escrito y vinculante que establezca los términos y condiciones de empleo. La unión está obligada a representarlo de forma imparcial en la negociación y aplicación del acuerdo.

Puede también comunicarse con la NLRB llamando al número gratuito: 1-844-762-NLRB (6572). Hay asistencia de lenguaje disponible. Personas con discapacidad auditiva deben enviar un correo electrónico a relay.service@nlrb.gov. Un representante de la NLRB enviará un correo electrónico al solicitante con instrucciones de cómo programar una llamada del servicio de retransmisión.

Bajo la NLRA, es ilegal que su empleador:

- **Le prohíba hacer campaña a favor de una unión fuera de horas laborables**, por ejemplo, antes o después del trabajo, o en horas de descanso, o distribuir material de la unión en horas no laborables fuera del área de trabajo tales como estacionamientos o salones de descanso.
- **Le indague sobre su apoyo o actividades sindicales** de manera que le disuada de participar en dichas actividades.
- **Le despidan, baje de categoría, o traslade, o reduzca las horas de trabajo, o cambie su turno**, o tome cualquier otra medida adversa contra usted, o le amenace con llevar a cabo cualquiera de estas medidas porque usted se afilie o apoye a una unión, o porque participe en actividades concertadas de ayuda mutua y protección o porque decida no participar en ninguna de estas actividades.
- **Amenace con cerrar el lugar de trabajo** si los trabajadores eligen una unión que les represente.
- **Prometa o conceda ascensos, aumentos salariales u otros beneficios** para disuadir o promover el apoyo a una unión.
- **Le prohíba usar gorras, botones, camisetas y broches de la unión en el lugar de trabajo** excepto en circunstancias especiales.
- **Espíe o videografe actividades pacíficas de la unión** y reuniones o que simule hacerlo.

*La Ley Nacional de Relaciones del Trabajo cubre la mayoría de los empleadores del sector privado. Quedan excluidos de la cobertura de la NLRA los empleados del sector público, trabajadores agrícolas y domésticos, contratistas independientes, trabajadores empleados por un padre o cónyuge, empleados de compañías aéreas y ferroviarias cubiertos por la Ley de Trabajo Ferroviario (*Railway Labor Act*) y supervisores (aunque se podría incluir a supervisores que hayan sido discriminados por rehusarse a infringir la NLRA).



ESCANEA PARA SABER MÁS

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 <u>deductible</u> ?	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 <u>deductible</u> ?	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 <u>deductibles</u> for specific services?	No.	You don't have to meet <u>deductibles</u> for specific services.
What is the <u>out-of-pocket limit</u> for this <u>plan</u> ?	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 <u>out-of-pocket limit</u> ?	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 <u>network provider</u> ?	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 <u>referral</u> to see a <u>specialist</u> ?	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 care/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	
	<u>Home health care</u>	Not covered	Not covered	
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 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	
<u>Deductibles</u>	\$0
<u>Copayments</u>	\$0
<u>Coinsurance</u>	\$0
<i>What isn't covered</i>	
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	
<u>Deductibles</u>	\$0
<u>Copayments</u>	\$0
<u>Coinsurance</u>	\$0
<i>What isn't covered</i>	
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	
<u>Deductibles</u>	\$0
<u>Copayments</u>	\$0
<u>Coinsurance</u>	\$0
<i>What isn't covered</i>	
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 <u>deductible</u> ?	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 <u>deductible</u> ?	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 <u>deductibles</u> for specific services?	No.	You don't have to meet <u>deductibles</u> for specific services.
What is the <u>out-of-pocket limit</u> for this <u>plan</u> ?	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 <u>out-of-pocket limit</u> ?	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 <u>network provider</u> ?	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 <u>referral</u> to see a <u>specialist</u> ?	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 <u>preventive</u> . Then check what your <u>plan</u> 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	Not covered	Coverage is limited to three visits per Year
	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	Inpatient not covered \$250 copay for the first visit per year, then not covered	Not covered	Coverage is limited to one visit per Year. Requires <u>preauthorization</u> .
	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 <u>prescription drug coverage</u> 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](http://www.healthcare.gov). 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____
	Children's eye exam	Routine: No charge; deductible does not apply Non-routine: \$75 copay/ visit; deductible does not apply	Routine: Not covered Non-routine: 50% coinsurance	Limited to one preventive visit per Year. ____none____
If your child needs dental or eye care	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.)

- | | | |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Acupuncture • Bariatric surgery • Cosmetic surgery • Dental care (Adult) | <ul style="list-style-type: none"> • Habilitation services • Infertility treatment • Long-term care | <ul style="list-style-type: none"> • 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.)

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Chiropractic care (20 visits per year) • Hearing aids (\$2,500 per year) | <ul style="list-style-type: none"> • Non-emergency care when traveling outside the U.S. • 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 ayudarle.

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/dfr/ 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

