



FAITH ★ FAMILY ACADEMY

Paquete de avisos de beneficios de salud y bienestar de Faith Family Academy

Para el año de 2026-2027

Estimado Empleado,

Adjunto encontrará un paquete de notificaciones y divulgaciones que pertenecen a los planes de salud y bienestar patrocinados por su empleador, según lo exige la ley federal.

Anexos:

Aviso sobre el Programa de Seguro de Salud Infantil (CHIP)

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

Aviso sobre la Ley para la Protección de la Salud de las Madres y Recién Nacidos (NMHPA)

Continuación de cobertura bajo USERRA

Acta de no-discriminación debido a información genética y (GINA en inglés)

Aviso de derechos de inscripción especial HIPAA

Aviso de cobertura acreditable Medicare Parte D

Aviso de prácticas de privacidad HIPAA

Ley de licencia médica familiar (FMLA en inglés)

Si tiene alguna pregunta sobre el contenido de los avisos, póngase en contacto con Jeannette Slack,
Benefits@faithfamilyacademy.org, 972-224-4110 ext. 1638

Si usted (y/o sus dependientes) tienen Medicare o serán elegibles para Medicare en los próximos 12 meses, deben conocer sobre la ley Federal que les ofrece más opciones de cobertura de medicamentos con receta. Consulte la página 8-9 para obtener más detalles

Asistencia con las primas bajo Medicaid y el Programa de Seguro de Salud para Menores (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para cobertura de salud a través de su empleador, el estado donde usted reside puede tener un programa de asistencia de primas para ayudarle a pagar la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no podrán ser elegibles para estos programas de ayuda para el pago de primas, pero quizá pueda adquirir cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros de Salud. Si desea obtener más información, visite www.healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y residen en uno de los estados que se indican más adelante, comuníquese con la oficina estatal de Medicaid o CHIP para determinar si está disponible la ayuda de primas.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y usted cree que usted o cualquiera de sus dependientes podría ser elegible para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina estatal de Medicaid o de CHIP, o bien, marque el **1-877-KIDS NOW** o visite www.insurekidsnow.gov para enterarse de cómo solicitar su inscripción. Si usted califica, pregunte si el estado tiene un programa que pudiese ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir ayuda para el pago de primas en virtud de Medicaid o CHIP, así como también son elegibles en virtud del plan de su empleador, su empleador deberá permitirle inscribirse en su plan de empleador si aún no estuviese inscrito. Esto se llama una oportunidad de “inscripción especial”, y **usted debe solicitar la cobertura en un plazo no mayor de 60 días después de determinarse su elegibilidad para la ayuda de primas**. Si tiene preguntas acerca de cómo inscribirse en su plan del empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo en www.askebsa.dol.gov o llame al **1-866-444-EBSA (3272)**.

Si usted reside en uno de los estados siguientes, quizá sea elegible para recibir ayuda para el pago de las primas del plan de salud de su empleador. La lista de estados a continuación está en vigor desde el 31 de enero de 2026. Comuníquese con la oficina en su estado para obtener más información sobre elegibilidad.

ALABAMA – Medicaid	ALASKA – Medicaid
Sitio web: http://myalhipp.com/ Teléfono: 1-855-692-5447	El Programa de Pagos de la Prima de Seguros Médicos de AK (AK Health Insurance Premium Payment Program) Sitio web: http://myakhipp.com/ Teléfono: 1-866-251-4861 Correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad de Medicaid: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx
ARKANSAS – Medicaid	CALIFORNIA – Medicaid
Sitio web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Sitio web: Programa de Pago de las primas del seguro médico (Health Insurance Premium Payment, HIPP) http://dhcs.ca.gov/hipp Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov
COLORADO – Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)	FLORIDA – Medicaid
Sitio web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/ Centro de Contacto con el Miembro de Health First	Sitio web: https://www.flmedicaidprecovery.com/flmedicaidprecovery.com/hipp/index.html

Colorado: 1-800-221-3943/ Retransmisión estatal 711 CHP+: https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus Servicio al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/ Retransmisión estatal 711 Programa Buy-In de Seguro Médico (HIBI): https://www.mycohibi.com/ Servicio al cliente de HIBI: 1-855-692-6442	Teléfono: 1-877-357-3268
GEORGIA – Medicaid	INDIANA – Medicaid
Sitio web de GA HIPP: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162, presione 1 Sitio web de GA CHIPRA: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Teléfono: 678-564-1162, presione 2	Programa de pago de primas del seguro médico Todos los demás de Medicaid Sitio web: https://www.in.gov/medicaid/ http://www.in.gov/fssa/dfr/ Administración de Servicios Sociales y Familiares Teléfono: 1-800-403-0864 Teléfono Servicio al Miembro: 1-800-457-4584
IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)	KANSAS – Medicaid
Sitio web de Medicaid: iowa Medicaid Health & Human Services Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366 Sitio web de Hawki: Hawki - Healthy and Well Kids in Iowa Health & Human Services Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563 Sitio web de HIPP: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Health & Human Services (iowa.gov) Teléfono de HIPP: 1-888-346-9562	Sitio web: https://www.kancare.ks.gov/ Teléfono: 1-800-792-4884 Teléfono de HIPP: 1-800-967-4660
KENTUCKY – Medicaid	LOUISIANA – Medicaid
Sitio web del Programa Integrado de Pago de las Primas del Seguro médico de Kentucky (Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program, KI-HIPP): https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Teléfono: 1-855-459-6328 Correo electrónico: KIHIPPP.PROGRAM@ky.gov Sitio web de KCHIP: https://kynect.ky.gov Teléfono: 1-877-524-4718 Sitio web de Kentucky Medicaid: https://chfs.ky.gov/agencies/dms	Sitio web de Medicaid: https://www.ldh.la.gov/healthy-louisiana Teléfono: 1-888-342-6207 (Línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP) Correo electrónico: healthy@la.gov Sitio web: www.medicicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp LaHIPP teléfono: 1-877-697-6703 LaHIPP correo electrónico: La.HIPP@la.gov LaHIPP fax: 1-888-716-9787 LaHIPP Dirección de envío: 100 Crescent Centre Parkway, Suite 1000 Tucker, GA 30084
MAINE – Medicaid	MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP
Sitio web de inscripciones: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Servicio de retransmisión de Maine 711 Página web de la prima del seguro médico privado: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-977-6740 TTY: Servicio de retransmisión de Maine 711	Sitio web: https://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840 TTY: 711 Correo electrónico: masspremiumassistance@accenture.com
MINNESOTA – Medicaid	MISSOURI – Medicaid
Sitio web: https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/ Teléfono: 1-800-657-3672	Sitio web: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005

MONTANA – Medicaid	NEBRASKA – Medicaid
Sitio web: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084 Correo electrónico: HHSHIPPPProgram@mt.gov	Sitio web: https://dhhs.ne.gov/Pages/ACCESSNebraska.aspx Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178
NEVADA – Medicaid	NEW HAMPSHIRE – Medicaid
Sitio web de Medicaid: http://dhcfp.nv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900	Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Teléfono: 603-271-5218 Número sin costo para el programa HIPP: 1-800-852-3345, ext. 15218 Correo electrónico: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov
NEW JERSEY – Medicaid y CHIP	NEW YORK – Medicaid
Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Teléfono: 1-800-356-1561 Teléfono de asistencia con las primas de CHIP: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710 (TTY: 711)	Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831
NORTH CAROLINA – Medicaid	NORTH DAKOTA – Medicaid
Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov/ Teléfono: 919-855-4100	Sitio web: https://www.hhs.nd.gov/healthcare Teléfono: 1-844-854-4825
OKLAHOMA – Medicaid y CHIP	OREGON – Medicaid
Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742	Sitio web: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-800-699-9075
PENNSYLVANIA – Medicaid y CHIP	RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html Teléfono: 1-800-692-7462 Sitio web de CHIP: Children's Health Insurance Program (CHIP) (pa.gov) Teléfono de CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)	Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 1-855-697-4347, o 401-462-0311 (Línea directa Rlte Share)
SOUTH CAROLINA – Medicaid	SOUTH DAKOTA – Medicaid
Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820	Sitio web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059
TEXAS – Medicaid	UTAH – Medicaid y CHIP
Sitio web: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Texas Health and Human Services Teléfono: 1-800-440-0493	Sitio web de Premium Partnership for Health Insurance (UPP) de Utah: https://medicaid.utah.gov/upp/ Correo electrónico: upp@utah.gov Teléfono: 1-888-222-2542 Sitio web de Adult Expansion: https://medicaid.utah.gov/expansion/ Sitio web del Programa de Compra de Medicaid de Utah: https://medicaid.utah.gov/buyout-program/ Sitio web de CHIP: https://chip.utah.gov/
VERMONT – Medicaid	VIRGINIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Department of Vermont Health Access Teléfono: 1-800-250-8427	Sitio web: https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs Teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924

WASHINGTON – Medicaid	WEST VIRGINIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.hca.wa.gov/ Teléfono: 1-800-562-3022	Sitio web: https://bms.wv.gov/ http://mywvhipp.com/ Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 Línea telefónica sin costo de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)
WISCONSIN – Medicaid y CHIP	WYOMING – Medicaid
Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002	Sitio web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Teléfono: 1-800-251-1269

Para ver si otros estados han agregado un programa de ayuda de primas desde el 31 de enero de 2026, o para obtener más información sobre derechos especiales de inscripción, puede comunicarse con cualquiera de los siguientes:

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, Opción de menú 4, Ext. 61565

Aviso sobre la ley de derechos sobre la salud y el cáncer de la mujer (WHCRA)

¿Sabe usted que su Plan, según lo estipula la Ley de Derechos Sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998, proporciona beneficios para los servicios relacionados con la mastectomía, que incluyen todas las etapas de reconstrucción y cirugía para lograr la simetría entre los senos, prótesis y las complicaciones resultantes de una mastectomía, incluyendo el linfedema? Llame al administrador del Plan: al 972-224-4110 ext. 1638 para obtener más información.

Aviso sobre la ley para la protección de la salud de las madres y los recién nacidos (NMHPA)

En virtud de las leyes federales, los emisores de planes de salud de grupo y de seguros de salud generalmente no pueden restringir beneficios pertinentes al tiempo de hospitalización en relación con un parto, para la madre o para el recién nacido, a menos de 48 horas después de un parto vaginal ni a menos de 96 horas después de un parto por cesárea. Sin embargo, la ley Federal generalmente no prohíbe que el proveedor de atención médica que atiende a la madre o al recién nacido, después de consultarlo con la madre, pueda dar el alta hospitalaria a la madre o a su recién nacido antes de transcurridas 48 horas (o 96 horas según corresponda). En cualquier caso, los planes de salud y los emisores no pueden, en virtud de la ley federal, requerir que un proveedor obtenga autorización del plan o del emisor del seguro para recomendar un tiempo de hospitalización que no exceda 48 horas (o 96 horas).

Continuación de cobertura bajo USERRA

Usted tiene derecho a continuar participando en el plan de salud de grupo durante su permiso de ausencia debido a servicio militar, el cual está protegido bajo la Ley de Derechos de Empleo y Reempleo para Militares (USERRA). Consecuentemente, si usted está ausente en su trabajo debido a servicio activo militar por más de 31 días, su participación en el plan de salud no será interrumpida. Si su ausencia es por más de 31 días pero no más de 12 semanas, usted puede mantener su cobertura bajo el plan de salud de grupo si continúa pagando las primas del seguro especificadas por su empresa (patrocinador del plan).

Si usted no elige continuar su participación en el plan de salud de grupo durante su ausencia debido a servicio militar de más de 31 días, o si usted revoca su elección previa a continuar participando durante las 12 semanas después de que su ausencia empieza, usted y sus familiares cubiertos por el plan tendrán la oportunidad de elegir la continuación de cobertura bajo el plan de salud de grupo por un máximo de 24 meses, el cual comienza el primer día de su permiso de ausencia. Usted debe pagar las primas de seguro para continuar su cobertura con pagos después de los impuestos, las cuales están sujetas a las reglas establecidas por el Plan.

La continuación de cobertura bajo USERRA es considerada una cobertura alternativa para propósitos de COBRA (Ley de Continuación de Cobertura). Consecuentemente, si usted elige continuar su cobertura bajo USERRA, la opción de cobertura bajo COBRA no estará disponible generalmente.

Acta de no-discriminación debido a información genética y (GINA en inglés)

El acta Gina prohíbe que planes grupales de salud discriminen basado en información genética. Información genética consiste en:

1. Información acerca pruebas genéticas de un individuo;
2. Pruebas genéticas de los miembros familiares de un individuo; y
3. La manifestación de una enfermedad o desorden en un miembro familiar de un individuo.

El plan grupal de salud puede recopilar información genética después de la inscripción inicial, sin embargo no puede recopilar esta información en conexión con el proceso de inscripción anual. El plan grupal de salud no puede ajustar las tarifas o aumentar las contribuciones basado en información genética, ni tampoco puede solicitar o requerir pruebas genéticas, o utilizar información genética para propósitos de determinar las tarifas.

Aviso sobre inscripción especial HIPAA

Si declina la inscripción en Faith Family Academy la cobertura de salud de grupo para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a la existencia de otro seguro de salud o cobertura de plan de salud de grupo, podrán inscribirse usted y sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para la cobertura antedicha (o si el empleador deja de contribuir para dicha cobertura de usted o de sus dependientes). Sin embargo, es necesario solicitar inscripción en un plazo de 30 días después de que termine la otra cobertura de usted o de sus dependientes (o después de que el empleador cese sus contribuciones para dicha cobertura).

Además, si usted obtiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, podrán inscribirse usted y sus dependientes. Sin embargo, es necesario solicitar la inscripción en un plazo de 30 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Finalmente, usted y/o sus dependientes pueden tener derechos especiales de inscripción si se pierde la cobertura bajo Medicaid o de un programa de seguro de salud estatal ("CHIP"), o cuando usted y/o sus dependientes obtengan la elegibilidad para recibir asistencia para las primas estatales. Usted dispone de 60 días a partir de la ocurrencia de uno de estos eventos para notificar a la compañía e inscribirse en el plan.

Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, comuníquese con: Jeannette Slack, Benefits@faithfamilyacademy.org, 972-224-4110 ext. 1638

Medicare parte D aviso de cobertura acreditable

Aviso Importante de Faith Family Academy sobre su Cobertura de Medicamentos con Receta Médica y Medicare Faith Family Academy Medical Plans

Sírvase leer este aviso cuidadosamente y conservarlo a la mano. Este Aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos con receta con Faith Family Academy y sobre sus opciones en virtud de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarle a decidir si desea inscribirse o no en un plan de medicamentos de Medicare. Si está considerando inscribirse, le recomendamos comparar su cobertura actual, incluso qué medicamentos tienen cobertura a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos con receta de Medicare en su localidad. Al final de este aviso se incluye información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones respecto a su cobertura de medicamentos con receta.

Existen dos aspectos importantes que usted debe conocer acerca de su cobertura y de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare:

- 1. En 2006, la cobertura de medicamentos recetados de Medicare se volvió disponible para todos los inscritos en Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan de medicamentos con receta de Medicare o se inscribe en un Plan Advantage de Medicare (como una HMO o PPO) que ofrezca cobertura de medicamentos con receta. Todos los planes de medicamentos de Medicare ofrecen al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Además, algunos planes pueden ofrecer más cobertura sujeta a primas mensuales más altas.**
- 2. Faith Family Academy ha determinado que la cobertura de medicamentos con receta que le ofrece Faith Family Academy Medical Plan se espera que, en promedio, pague a todos los participantes del plan una cantidad equivalente a lo que paga la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare y por lo tanto se considerará como cobertura acreditable. Debido a que su cobertura existente es Cobertura acreditable, usted puede conservar esta cobertura y no pagar una prima más alta (penalización) si posteriormente decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.**

¿Cuándo puede unirse a un plan de medicamentos recetados de medicare?

Usted se puede inscribir en un plan de medicamentos de Medicare al obtener la elegibilidad inicial para Medicare cada año entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Sin embargo, si pierde su cobertura acreditable actual de medicamentos con receta, mientras no sea por su culpa, también calificará para un Período de Inscripción Especial (SEP) de dos (2) meses para participar en el plan de medicamentos de Medicare.

¿Qué le ocurre a su cobertura actual si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare mientras está inscrito en la cobertura de Faith Family Academy como empleado activo, tenga en cuenta que su cobertura de Faith Family Academy será el pagador primario de sus beneficios de medicamentos con receta y Medicare el pagador secundario. Como resultado, el valor de sus beneficios de medicamentos con receta de Medicare se reducirá significativamente. Por lo general, Medicare será el pagador primario de sus beneficios de medicamentos con receta si usted participa en la cobertura de Faith Family Academy como ex empleado.

Además, puede optar por cancelar su cobertura de Faith Family Academy. Tenga presente que si decide inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare y cancela su cobertura actual de Faith Family Academy, tenga presente que ni usted ni sus dependientes podrán recuperar esta cobertura.

¿Cuándo pagará usted una prima más alta (penalización) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

También debe saber que si cancela o pierde su cobertura actual con Faith Family Academy y no se une al plan de medicamentos de Medicare durante los siguientes 63 días continuos después de que termine su cobertura actual, podría pagar una prima más alta (penalización) para unirse más tarde a un plan de medicamentos de Medicare.

Si usted pasa 63 días continuos o más sin Cobertura acreditable de medicamentos con receta, su prima mensual puede aumentar un mínimo de 1% de la prima mensual básica de beneficiario de Medicare por cada mes que usted no haya tenido dicha cobertura. Por ejemplo, si usted pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima será consecuentemente al menos 19% mayor que la prima base que pagan los beneficiarios de Medicare. Quizá tenga que pagar esta prima más alta (penalización) siempre que usted tenga cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Además, quizá tenga que esperar hasta en octubre próximo para inscribirse.

Si desea más información acerca de este Aviso o sobre su cobertura actual de medicamentos con receta...

Comuníquese con la persona que se indica al pie de esta nota para obtener más información. **NOTA:** Usted recibirá este aviso cada año. Además, lo recibirá antes del próximo período en el que puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, y también si esta cobertura a través de Faith Family Academy cambia. Usted puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para obtener más información acerca de sus opciones en virtud de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare...

El manual "Medicare & You" (Medicare y usted) contiene información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos con receta. Medicare le enviará por correo un ejemplar del manual todos los años. Además, los planes de medicamentos de Medicare quizá se comuniquen directamente con usted.

Si desea más información sobre la cobertura de medicamentos con receta de Medicare:

- Visite www.medicare.gov
- Llame al Programa estatal de ayuda para seguros de salud (State Health Insurance Assistance Program), al número de teléfono que se indica en el interior de la contraportada de su manual "Medicare & You", para obtener ayuda personalizada
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene ingresos y recursos limitados, hay disponible ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Si desea información sobre esta ayuda adicional, visite el Seguro Social en la Web en www.socialsecurity.gov, o llámeles al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Recuerde: Conserve este aviso de Cobertura Acreditable. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, quizá se le solicite presentar una copia de este aviso en el momento de la inscripción para demostrar que usted ha mantenido o no su Cobertura acreditable y, por lo tanto si deberá usted pagar o no una prima más alta (penalización).

Fecha: 9/1/2026

Nombre de la entidad/remitente: Faith Family Academy

Contacto--Cargo/Oficina: Jeannette Slack

Dirección: 1608 Osprey Dr DeSoto, TX 75115

Número de teléfono: 972-224-4110 ext. 1638

Notificación sobre las prácticas de privacidad HIPAA

EN ESTE AVISO, SE DESCRIBE CÓMO SE PODRÍA UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA, Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ELLA. REVÍSELO ATENTAMENTE.

Faith Family Academy patrocina ciertos planes de salud grupales (colectivamente, el “Plan” o “Nosotros”) para proporcionar beneficios a nuestros empleados, sus dependientes y otros participantes. Proporcionamos esta cobertura a través de diversas relaciones con terceros que establecen redes de proveedores, coordinan su atención y procesan reclamaciones de reembolso de los servicios que usted recibe. Este Aviso de prácticas de privacidad (el “Aviso”) describe las obligaciones legales de Faith Family Academy, el Plan y sus derechos legales con respecto a su información médica protegida, incluidos ciertos registros de trastornos por el uso de sustancias (SUD) cubiertos por 42 CFR parte 2 (Parte 2), que el Plan posee en virtud de la HIPAA. Entre otras cosas, este Aviso describe cómo se puede utilizar o divulgar su información médica protegida para llevar a cabo operaciones de atención médica, tratamiento o pago, o para cualquier otro propósito que la ley permita o exija.

Tenemos la obligación de proporcionarle este Aviso en virtud de la HIPAA. La normativa de privacidad de la HIPAA protege solo ciertos datos médicos conocidos como “información médica protegida”. Por lo general, la información médica protegida es información de salud personal, incluida la información demográfica, ya sea que usted la haya proporcionado o que la envíe o la cree un proveedor de atención médica, un centro de recopilación e intercambio de información sobre servicios de atención médica, un plan de salud o su empleador, en nombre de un plan de salud grupal, que se relaciona con:

- (1) su salud o condición física o mental pasada, presente o futura;
- (2) la asistencia médica que se le proporciona; o
- (3) el pago pasado, presente o futuro por concepto de su atención médica.

Nota: Si cuenta con la cobertura de uno o más de los planes de salud grupales de seguro completo que ofrece Faith Family Academy, recibirá un aviso por separado con respecto a la disponibilidad de una notificación de las prácticas de privacidad aplicables a dicha cobertura y cómo obtener una copia del aviso directamente de la compañía aseguradora.

Información de contactos

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso o sobre nuestras prácticas de privacidad, comuníquese con el director de Privacidad de la HIPAA de Faith Family Academy:

Faith Family Academy
Atención: director de Privacidad de la HIPAA (Oficial de Privacidad HIPAA)
Jeannette Slack
Benefits@faithfamilyacademy.org
972-224-4110 ext. 1638

Fecha de vigencia Este aviso y sus revisiones entrará en vigor a partir del September 1, 2026.

Nuestras responsabilidades

La ley nos exige tomar las siguientes medidas:

- mantener la privacidad de su información médica protegida;
- proporcionarle ciertos derechos con respecto a su información médica protegida;
- proporcionarle una copia de este Aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica protegida; y
- seguir los términos del Aviso que está vigente actualmente.

Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este Aviso y de establecer nuevas disposiciones con respecto a la información médica protegida que tenemos de usted, en la medida en que la ley lo permita o requiera. Si hacemos algún cambio significativo a este Aviso, le proporcionaremos una copia del Aviso de prácticas de privacidad revisado. También puede obtener una copia del último Aviso revisado. Para ello, comuníquese con nuestra directora de Privacidad mediante la información de contacto proporcionada anteriormente o en nuestra intranet. Salvo por lo dispuesto en este Aviso, no podemos divulgar su información médica protegida sin su autorización previa.

Cómo podemos usar o divulgar su información médica protegida

De conformidad con la ley, en ciertas circunstancias podemos usar o divulgar su información médica protegida sin su consentimiento. En las siguientes categorías, se describen las diferentes maneras en que podemos utilizar y divulgar su información médica protegida. Para cada categoría de usos o divulgaciones, explicaremos lo que queremos decir y presentaremos algunos ejemplos. No se enumerarán todos los usos o divulgaciones que puedan encontrarse en una categoría. Sin embargo, todas las formas en que estamos autorizados a utilizar y divulgar la información médica protegida se encuentran dentro de alguna de las categorías. Nota: Cualquier información protegida que podamos utilizar o divulgar en virtud de este Aviso puede ser compartida de nuevo por la persona u organización que la reciba. Una vez que su información médica protegida se comparta con otros, es posible que ya no esté protegida.

Para el tratamiento

Podemos utilizar o divulgar su información médica protegida para facilitar el tratamiento médico o los servicios de los proveedores. Podemos divulgar su información médica a los proveedores, lo que incluye a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina u otro personal del hospital que esté involucrado en su atención. Por ejemplo, podríamos revelar información sobre sus recetas previas a un farmacéutico para determinar si el uso de una receta pendiente por parte suya es inapropiada o peligrosa.

Para el pago

Podemos utilizar o divulgar su información médica protegida con el fin de determinar su elegibilidad para los beneficios del Plan, para facilitar el pago por el tratamiento y los servicios que reciba de los proveedores de atención médica, para determinar la responsabilidad del beneficio en virtud del Plan o para coordinar la cobertura del Plan. Por ejemplo, podemos proporcionarle a su proveedor de atención médica sus antecedentes médicos para determinar si un tratamiento en particular es experimental, de investigación o médicamente necesario, o para determinar si el Plan cubrirá el tratamiento. También podemos compartir su información médica protegida con un proveedor de servicios de certificación previa o revisión de uso. Asimismo, podemos compartir su información médica protegida con otra entidad para ayudar con la adjudicación o subrogación de reclamaciones de salud, o a otro plan de salud para coordinar los pagos de beneficios.

Para las operaciones de atención médica

Podemos usar y divulgar su información médica protegida para realizar otras operaciones del Plan. Estos usos y divulgaciones son necesarios para la administración del Plan. Por ejemplo, podemos utilizar la información médica en relación con la realización de actividades de mejora y evaluación de la calidad; el aseguramiento, la calificación de primas y otras actividades relacionadas con la cobertura del Plan; la presentación de reclamaciones de cobertura por siniestralidad (o catástrofe excesiva); la realización u organización de revisiones médicas, servicios legales, servicios de auditoría y programas de detección de fraude y abuso; planificación y desarrollo de negocios, como la administración de costos, y las actividades administrativas del Plan en general y la administración del negocio. El Plan no puede utilizar ni divulgar la información médica protegida de una persona para fines de aseguramiento si se trata de información genética.

A los socios de negocios

Podemos celebrar contratos con personas o entidades conocidas como socios de negocios para que realicen diversas funciones en nuestro nombre o para que proporcionen ciertos tipos de servicios. A fin de realizar estas funciones o proporcionar estos servicios, los socios de negocios recibirán, crearán, mantendrán, utilizarán o divulgarán su información médica protegida, pero solo después de que acuerden con nosotros y por escrito la implementación de medidas de protección adecuadas con respecto a su información médica protegida. Por ejemplo, podemos divulgar su información médica protegida, incluidos los registros de tratamiento de SUD, a un socio de negocios para que administre reclamaciones o proporcione servicios de asistencia, como la gestión de la utilización, la gestión de beneficios farmacéuticos o la subrogación, pero solo después de que haya firmado con nosotros un Contrato de socio de negocios.

Según lo requiera la ley

Divulgaremos su información médica protegida cuando así lo exija la ley federal, estatal o local. Por ejemplo, podemos divulgar su información médica protegida cuando así lo exijan las leyes de seguridad nacional o las leyes de divulgación de salud pública.

Para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad

Podemos usar y divulgar su información médica protegida cuando sea necesario para evitar una amenaza grave a su salud y seguridad, o a la salud y seguridad del público o de otra persona. Sin embargo, solo se hará dicha divulgación a alguien que sea capaz de ayudar a prevenir la amenaza. Por ejemplo, podemos divulgar su información médica protegida en un procedimiento relacionado con la acreditación de un médico.

A los patrocinadores del Plan

Con el fin de administrar el Plan, podemos divulgar la información médica protegida a determinados empleados del empleador. Sin embargo, estos empleados solo utilizarán o divulgarán esa información cuando sea necesario para llevar a cabo las funciones de administración del plan o cuando así lo requiera la HIPAA, a menos que usted haya autorizado divulgaciones adicionales. Su información médica protegida no se puede usar para fines de empleo sin su autorización específica.

Situaciones especiales

Además de lo anterior, las siguientes categorías describen otras posibles formas en las que podemos utilizar y divulgar su información médica protegida. Para cada categoría de usos o divulgaciones, explicaremos lo que queremos decir y presentamos algunos ejemplos. No se enumerarán todos los usos o divulgaciones que puedan encontrarse en una categoría. Sin embargo, todas las formas en que estamos autorizados a utilizar y divulgar la información se encuentran dentro de alguna de las categorías.

Donación de órganos y tejidos

Si es un donante de órganos, podemos divulgar su información médica protegida a organizaciones que se dedican a la obtención de órganos o al trasplante de órganos, ojos o tejidos, o a un banco de donación de órganos, según sea necesario para facilitar la donación y el trasplante de órganos o tejidos.

Militares y veteranos

Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar su información médica protegida tal como lo requieran las autoridades de comando militar. También podemos divulgar la información médica protegida sobre personal militar extranjero a las autoridades militares extranjeras correspondientes.

Remuneraciones de los trabajadores

Podemos divulgar su información médica protegida para el pago del programa de compensación de los trabajadores o similares. Estos programas proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Riesgos de salud pública

Es posible que divulguemos su información médica protegida para que se tomen medidas de salud pública. Por lo general, estas medidas incluyen los siguientes aspectos:

- prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidad;
- informar los nacimientos y las muertes;
- informar sobre abuso o descuido infantil;
- informar sobre reacciones a medicamentos o problemas con productos;
- notificar a las personas acerca de retiros de productos que puedan estar utilizando;
- notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o que pueda estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición;
- notificar a la autoridad gubernamental correspondiente si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solo realizaremos esta divulgación si usted lo acepta, o cuando la ley lo autorice o lo requiera.

Actividades de supervisión de la salud

Podemos divulgar su información médica protegida a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y concesión de licencias. Estas actividades son necesarias para que el Gobierno supervise el sistema de salud, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

Disputas y demandas legales.

Si usted está involucrado en una disputa o demanda legal, podemos divulgar su información médica protegida en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar su información médica protegida en respuesta a una citación judicial, solicitud de presentación de pruebas u otro proceso legal por parte de otra persona que esté involucrada en la disputa, pero solo si se han hecho esfuerzos para informarle acerca de la solicitud o para obtener una orden que proteja la información solicitada.

Los registros de tratamientos de SUD recibidos de programas sujetos a 42 CFR parte 2, o testimonios que transmitan el contenido de dichos registros, no se utilizarán ni divulgarán en procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos en su contra, a menos que se base en su consentimiento por escrito, o una orden judicial después del aviso y se le proporcione una oportunidad de ser escuchado a usted o al titular del registro, según lo dispuesto en 42 CFR parte 2. Una orden judicial que autorice el uso o la divulgación debe ir acompañada de una citación u otro requisito legal que exija la divulgación antes de que el registro solicitado se utilice o divulgue.

Organismos encargados de hacer cumplir la ley

Es posible que divulguemos su información médica protegida si así lo solicita un oficial de un organismo de seguridad pública en estos casos:

- en respuesta a una orden judicial, citación, emplazamiento o proceso similar;
- para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo esencial o persona desaparecida;
- en relación con la víctima de un delito si, en determinadas circunstancias, no podemos obtener la aceptación de la víctima;
- en relación con una muerte que creamos que puede ser resultado de una conducta delictiva;
- acerca de una conducta delictiva; y
- en circunstancias de emergencia para informar de un delito, de la ubicación del acto delictivo o de las víctimas, o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el delito.

Investigadores y médicos forenses, y directores de empresas fúnebres

Podemos divulgar información médica protegida a un investigador o médico forense. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de su muerte. También podemos divulgar información médica acerca de los pacientes a los directores de empresas fúnebres según sea necesario para que lleven a cabo sus funciones.

Actividades de los servicios de inteligencia y de seguridad nacionales

Podemos divulgar su información médica protegida a funcionarios federales autorizados de los servicios de inteligencia, contraespionaje y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

Reclusos

Si usted es un recluso en una institución correccional o se encuentra bajo custodia de un oficial de la ley, podemos divulgar su información médica protegida a la institución correccional o al oficial de la ley si es necesario (1) para que la institución le brinde atención médica; (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de los demás; o (3) para la seguridad de la institución correccional.

Investigación

Podemos divulgar su información médica protegida a los investigadores cuando:

- (1) se haya eliminado la información personal; o
- (2) cuando una junta de revisión institucional (a) haya revisado la propuesta de investigación; y (b) haya establecido protocolos para garantizar la privacidad de la información solicitada y apruebe la investigación.

Divulgaciones requeridas

La siguiente es una descripción de las divulgaciones de su información médica protegida que tenemos la obligación de realizar.

Auditorías gubernamentales

Estamos obligados a divulgar su información médica protegida a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos cuando la Secretaría esté investigando o evaluando nuestro cumplimiento de la normativa de privacidad de la HIPAA.

Divulgaciones a usted

Cuando usted lo solicite, tenemos la obligación de proporcionarle la parte de su información médica protegida que contiene historias clínicas, registros de facturación y cualquier otro registro que se utilice para tomar decisiones relacionadas con sus beneficios de salud. También estamos obligados, cuando se nos solicita, a entregarle un registro de la mayoría de las divulgaciones de su información médica protegida, si dicha divulgación se realizó por otros motivos que no sean operaciones del cuidado de la salud, tratamiento y pagos, y si la información médica protegida no se divulgó de acuerdo con su autorización individual.

Notificación de acceso no autorizado

Tenemos la obligación de notificarle en caso de que nosotros (o alguno de nuestros socios de negocios) descubramos que se produjo un acceso no autorizado a su información médica protegida no asegurada, tal como lo define la HIPAA.

Otras divulgaciones

Representantes personales

Divulgaremos su información médica protegida a las personas a quienes usted haya autorizado, o a una persona designada como su representante personal, apoderado, etc., siempre y cuando nos proporcione una notificación o autorización por escrito y cualquier documento de apoyo (es decir, un poder notarial). Nota: En virtud de la normativa de privacidad de la HIPAA, no tenemos que divulgar información a ningún representante personal si tenemos una creencia razonable de que:

- (1) usted ha sido, o puede ser víctima de violencia doméstica, abuso o negligencia por parte de dicha persona;
- (2) tratar a esa persona como su representante personal podría ponerlo a usted en peligro; o
- (3) tratar a esa persona como su representante personal no es lo más conveniente para usted de acuerdo con nuestra opinión profesional.

Cónyuges y otros miembros de la familia

Enviaremos todos los correos al empleado, salvo en determinadas excepciones. Esto incluye correo relacionado con el cónyuge y otros familiares del empleado que cuenten con la cobertura del Plan, correo con información sobre el uso de los beneficios del Plan por parte del cónyuge y otros familiares del empleado, además de información sobre la denegación de cualquier beneficio del Plan al cónyuge y otros miembros de la familia del empleado. Si una persona que cuenta con cobertura del Plan ha solicitado restricciones o comunicaciones confidenciales (consulte “Sus derechos” a continuación) y si las hemos aceptado, enviaremos correos de acuerdo con lo dispuesto en esa solicitud.

Autorizaciones

No se harán otros usos ni divulgaciones de su información médica protegida que no se hayan descrito anteriormente, lo que incluye el uso y la divulgación de registros de tratamientos de SUD Parte 2, notas de psicoterapia y el uso o la divulgación de información médica protegida para fines de recaudación de fondos o marketing, sin contar con su autorización por escrito. Puede revocar la autorización escrita en cualquier momento, siempre que lo haga por escrito. Una vez que recibamos la revocación por escrito, esta solo se aplicará a usos y divulgaciones futuros. No tendrá efecto sobre ningún tipo de información que pueda haber sido utilizada o divulgada en función de la autorización escrita antes de recibir la revocación por escrito. Puede optar, en cualquier momento, por no recibir comunicaciones nuestras relacionadas con la recaudación de fondos.

Sus derechos

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información médica protegida:

Derecho a inspeccionar y copiar

Tiene derecho a inspeccionar y copiar cierta información médica protegida que puede usarse para tomar decisiones sobre sus beneficios de salud. Para inspeccionar y copiar su información médica protegida, envíe su solicitud por escrito a la directora de Privacidad, a la dirección indicada anteriormente en Información de contacto. Si solicita una copia de la información, podremos cobrar una tarifa razonable para cubrir el costo de las copias, el envío u otros suministros relacionados con su solicitud. En ciertas circunstancias, muy limitadas, es posible que rechacemos la solicitud de inspeccionar y copiar su información. Si se le niega el acceso a su información médica, podría tener derecho a solicitar que se revise la denegación y se le proporcionarán detalles sobre cómo hacerlo.

Tiene derecho a inspeccionar y copiar cierta información médica protegida que puede usarse para tomar decisiones sobre sus beneficios de salud. Para inspeccionar y copiar su información médica protegida, envíe su solicitud por escrito a la directora de Privacidad, a la dirección indicada anteriormente en Información de contacto. Si solicita una copia de la información, podremos cobrar una tarifa razonable para cubrir el costo de las copias, el envío u otros suministros relacionados con su solicitud. En ciertas circunstancias, muy limitadas, es posible que rechacemos la solicitud de inspeccionar y copiar su información. Si se le niega el acceso a su información médica, podría tener derecho a solicitar que se revise la denegación y se le proporcionarán detalles sobre cómo hacerlo.

Si cree que la información médica protegida que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede pedirnos que la modifiquemos. Tiene derecho a solicitar una modificación, siempre y cuando el Plan tenga dicha información o esta se conserve para uso del Plan. Para solicitar la modificación, su solicitud debe realizarse por escrito y enviarse a la directora de Privacidad a la dirección indicada anteriormente en Información de contacto. Además, debe proporcionar un motivo que avale su solicitud. Podemos rechazar su solicitud de modificación si no es por escrito o si no incluye un motivo que la apoye. Además, podemos rechazarla si nos pide que se modifique información que:

- no forma parte de la información médica que conserva el Plan o que se usa para este;
- no creamos nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para hacer la modificación;
- no es parte de la información que se le permitiría revisar y copiar; o
- ya es precisa y completa.

Si rechazamos su solicitud, tiene derecho a presentar una declaración de que está en desacuerdo con nosotros. Cualquier divulgación futura de la información reclamada incluirá dicha declaración.

Derecho a acceder a un registro de divulgaciones

Tiene el derecho de recibir un “registro” de ciertas divulgaciones de su información médica protegida. El registro no incluirá (1) divulgaciones con propósitos de tratamiento, pagos u operaciones de atención médica; (2) divulgaciones hechas a usted; (3) divulgaciones realizadas en virtud de su autorización; (4) divulgaciones hechas a sus amigos o familiares en su presencia o a causa de una situación de emergencia; (5) divulgaciones con propósitos de seguridad nacional; y (6) divulgaciones incidentales en relación con otras divulgaciones autorizadas.

Para solicitar esta lista o registro de las divulgaciones, debe enviar su solicitud por escrito a la directora de Privacidad a la dirección indicada anteriormente en Información de contacto. Su solicitud debe indicar un período de no más de seis años (tres años para los registros electrónicos de salud) o el período en que ABC Company ha estado sujeta a las normas de privacidad de la HIPAA, si es más breve.

Su solicitud debe indicar el formato en el que quiere la lista (por ejemplo, en papel o en formato electrónico). Intentaremos proporcionar el registro en el formato solicitado o en otro formato que acordemos de forma mutua, en caso de que esto no sea razonablemente factible. El primer registro que solicite en un período de 12 meses se proporcionará sin cargo alguno. En el caso de solicitar registros adicionales, podemos cobrarle un costo por proporcionárselos. Le informaremos al respecto y usted podrá optar por retirar o modificar su solicitud en ese momento, antes de incurrir en cualquier costo.

Derecho a solicitar restricciones

Tiene derecho a solicitar que la información médica protegida que utilizamos o divulgamos para operaciones de atención médica, tratamiento o pago, se restrinjan o limiten. También tiene el derecho de solicitar que limitemos la divulgación de su información médica protegida a alguien involucrado en su atención médica o en el pago de la misma, como un familiar o un amigo. Por ejemplo, podría pedir que no usemos ni divulguemos información sobre una intervención quirúrgica que haya tenido.

No estamos obligados a aceptar su solicitud. Sin embargo, si la aceptamos, respetaremos la restricción hasta que la revoque o hasta que le notifiquemos lo contrario. Para solicitar restricciones, debe realizar su solicitud por escrito a la directora de Privacidad a la dirección indicada anteriormente en Información de contacto. En su solicitud, debe decirnos (1) qué información desea limitar; (2) si desea limitar nuestro uso, divulgación o ambos; y (3) a quien desea que se apliquen los límites, por ejemplo, divulgaciones a su cónyuge.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales

Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre cuestiones médicas, de una manera o en una ubicación determinadas. Por ejemplo, puede solicitar que solo nos comuniquemos con usted en el trabajo o por correo. Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe realizar su solicitud por escrito a la directora de Privacidad a la dirección indicada anteriormente en Información de contacto. No le preguntaremos el motivo de esta petición. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea que nos comuniquemos con usted. Nos adaptaremos a todas las solicitudes razonables si proporciona información clara que indique que la divulgación de su información protegida, ya sea en parte o en su totalidad, podría ponerlo en peligro.

Derecho a recibir una copia en papel de este aviso

Tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso. Puede solicitar en cualquier momento que le demos una copia de este aviso. Incluso si aceptó recibir este aviso de forma electrónica, de cualquier forma tiene derecho a recibir una copia impresa. Para obtener una copia impresa de este aviso, comuníquese por teléfono o escriba a la directora de Privacidad utilizando la información que se proporcionó anteriormente, en Información de contacto.

Para obtener más información, consulte [Sus derechos en virtud de la HIPAA](#).

Reclamos

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante el Plan o en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. Para presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, puede enviar una carta a la siguiente dirección: 200 Independence Avenue, S.W., Washington D. C. 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando <https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>.

Para presentar una queja ante el Plan, comuníquese por teléfono o escriba a la directora de Privacidad utilizando la información que se proporcionó anteriormente en Información de contacto. No recibirá ninguna sanción ni represalia por presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles o con nosotros. Debe conservar una copia para sus registros, de cualquier notificación que envíe al administrador del plan o a la directora de Privacidad.

Ley de licencia médica familiar (FMLA en inglés)

La Ley de Licencia Médica Familiar provee a ciertos empleados hasta 12 semanas de licencia sin paga pero con trabajo protegido por año. La ley también le requiere que los beneficios grupales de salud se mantengan durante el periodo de licencia. FMLA esta diseñado para ayudarle a los empleados a balancear sus responsabilidades de familia y trabajo permitiéndoles tomar de firma razonable licencia sin paga por razones médicas o familiares. Esta ley también pretende acomodar los intereses legítimos de los patronos y promover iguales oportunidades de empleo para hombres y mujeres. Patronos sujetos a esta ley deben proveer al empleado elegible hasta 12 semanas de licencia sin paga cada año por cualquiera de las siguientes razones:

debido al nacimiento y cuidado de un niño recién nacido del empleado;
por la colocación con el empleado de un niño debido a adopción o cuido de crianza;
por el cuido de un miembro de la familiar inmediata (cónyuge, niño, o padre) que padece de una condición de salud seria;
o
para tomar licencia medical cuando el empleado es incapaz de trabajar debido a una condición de salud seria.

Empleados son elegibles para licencia si han trabajado para su patrono por lo menos 12 meses, por lo menos 1,250 horas en los pasados 12 meses, y trabajan en una localidad donde la compañía emplea 50 empleados o más dentro de un área de 75 millas. Se determina si el empleado ha trabajado el mínimo de 1,250 horas de servicio de acuerdo a los principios de la ley FLSA para determinar horas de trabajo compensables.

Cuando un empleado solicita licencia bajo la ley FMLA debido a su propia condición de salud seria o condición de salud seria de un familiar cubierto, el patrono puede requerir una certificación del proveedor médico que compruebe la licencia es necesaria. El patrono también puede requerir segunda o terceras opiniones (al costo del patrono) y re-certificación periódica de la condición médica seria.

Tan pronto el empleado regrese de la licencia FMLA, el empleado será reestablecido en su empleo original o un empleo equivalente, con paga, beneficios y demás términos y condiciones de empleo también equivalentes. La cubierta de salud grupal para un empleado en licencia FMLA se mantiene bajo los mismos términos y condiciones como si el empleado no hubiera tomado ninguna licencia.

Para información adicional sobre sus beneficios bajo la ley FMLA, favor contactar a Recursos Humanos: Jeannette Slack, Benefits@faithfamilyacademy.org, 972-224-4110 ext. 1638