

Feriatos

7 feriatos con pago	Día de Año Nuevo	Día en Memoria de los Caídos
	Cuatro de Julio	Día del Trabajo
	Día de Acción de Gracias	Día de Navidad
	Día del cumpleaños del socio	

Tiempo libre con pago

0-2 años	56 horas *
3-9 años	120 horas *
10-19 años	160 horas *
20 años o más	200 horas *

* El 1 de junio, los socios recibirán crédito por el año de servicio que alcanzarán durante ese año fiscal. Un año se define como el período fiscal de 12 meses de la compañía, comenzando el 1 de junio y finalizando el 31 de mayo cada año. Para los socios a tiempo parcial, el tiempo libre con pago se ajusta en base a las horas estándar trabajadas por el socio. Los nuevos empleados contratados tendrán tiempo libre con pago prorrateado en base al período de servicio como empleado durante el primer año fiscal.

Servicio de jurado

Con pago hasta 5 días por año (máximo de 40 horas)

Pago por duelo

2 días (máximo de 16 horas)

Accidente de viaje por negocios

El Programa de Asistencia para Traslados de MetLife les proporciona a los socios (que viajan a más de 100 millas de distancia del hogar) servicios médicos, jurídicos, de traslado y de asistencia financiera cuando se encuentran con una emergencia mientras están de viaje

Programa para traslado al trabajo

Los socios que viajan al trabajo en transporte público (autobús, subterráneo, tren) o pagan por estacionamiento, pueden comprar tarjetas de subterráneo, permisos de estacionamiento, etcétera, con dinero antes de deducción de impuestos

Programa de Ayuda para Empleados (EAP)

El programa está diseñado para mejorar tu bienestar ayudándote a resolver un problema antes de que se vuelva demasiado abrumador o costoso (por ejemplo, problemas en relaciones o familiares, dificultades financieras, problemas con consumo de alcohol o droga, problemas legales)

Discapacidad de corto plazo

Elegible después de 1 año de servicio
A partir del día 8 en que el socio se ausenta debido a una enfermedad/lesión y del día 1 en que el socio se ausenta debido a un accidente, hospitalización o maternidad (la licencia por maternidad se paga al 100 % durante las primeras 6 semanas)
Paga hasta 13 semanas (incluido el período de eliminación)
El 75 % del sueldo elegible hasta un máximo de \$800 por semana

Discapacidad de largo plazo

60 % de ingresos mensuales básicos hasta un máximo de \$2,000/mes
Primas (semanalmente) en base a la edad y el salario

Seguro básico de vida/muerte y pérdida de miembros accidental

\$10,000

Seguro voluntario de vida/muerte y pérdida de miembros accidental

Elegir 1 x pago a 10 x pago (no debe superar los \$2 millones de dólares)
Las primas (semanales) varían dependiendo de la edad y el nivel de cobertura

Seguro voluntario de vida/muerte y pérdida de miembros accidental de cónyuge

Elegir de \$10,000 a \$100,000

Seguro voluntario de vida/muerte y pérdida de miembros accidental de hijo

Elige \$5,000 o \$10,000 por hijo

Médico****

Costo por cheque de pago semanal, antes de que se aplique el descuento por la participación en el programa Vivir bien**

	PPO Premium*	PPO Básico	Opción base (Core)	Opción valor (Value)	Esencial (Essential)
Solo socio(a)	\$50.35	\$38.35	\$30.70	\$21.90	\$15.00
Socio(a) + cónyuge	\$118.70	\$93.40	\$77.80	\$53.45	\$40.80
Socio(a) + hijo(s)	\$89.20	\$65.60	\$51.85	\$29.40	\$21.50
Socio(a) + familia	\$157.50	\$120.65	\$99.00	\$60.95	\$47.30

*El Plan PPO Premium solo está disponible para socios que fueron elegibles para beneficios antes del 1 de enero de 2012.

**El sobrecargo para consumidores de tabaco se aplica a socios y cónyuges que son consumidores de tabaco. El sobrecargo por cónyuge se aplica a los socios cuyos cónyuges tiene cobertura médica disponible a través de su empleador.

Criterios de participación en programa Vivir bien***

Actividad de Vivir bien	Descuento semanal si se completa antes de:	Solo socio(a)	Solo cónyuge	Socio(a) + cónyuge
Examen biométrico completo solamente		\$10	\$10	\$20
Examen biométrico completo con evaluación de salud		\$15	\$15	\$30

*** Los socios que comenzaron a trabajar en Cintas a partir del 15 de julio de 2023 recibirán el descuento descrito anteriormente en 2024.

Los cónyuges que no se inscribieron en un plan médico de Cintas antes del 15 de julio de 2023, recibirán automáticamente el descuento si están inscriptos en un plan médico de Cintas en 2024.

Los socios con licencia para prestar servicio militar cualquier día entre el 15 de julio y el 18 de agosto de 2023 recibirán automáticamente el descuento si están inscriptos en un plan médico de Cintas en 2024.

Gastos médicos generales	Premium PPO	Basic PPO	Core Choice	Core Value	Essential
	Deducible anual	En la red* \$350 individual; \$700 familiar** Fuera de la red \$700 individual; \$1,400 familiar	En la red \$700 individual; \$1,400 familiar** Fuera de la red \$1,400 individual; \$2,800 familiar	En la red: \$1,600 individual, se aplica a la cobertura simple solamente; \$3,200 familiar, para la cobertura de cualquier combinación de un cónyuge o hijo*** Fuera de la red: \$3,200/\$6,400	En la red: \$3,250 individual, se aplica a la cobertura simple solamente; \$6,500 familiar, para la cobertura de cualquier combinación de un cónyuge o hijo*** Fuera de la red: \$6,500/\$13,000
Visita al consultorio del médico de atención primaria	En la red Copago de \$15 Fuera de la red 60 % cubierto después de alcanzar el deducible	En la red Copago de \$30 Fuera de la red 60 % cubierto después de alcanzar el deducible	En la red 80 % cubierto después de alcanzar el deducible Fuera de la red 60 % cubierto después de alcanzar el deducible	En la red 100 % cubierto después de alcanzar el deducible Fuera de la red 60 % cubierto después de alcanzar el deducible	En la red 100 % cubierto después de alcanzar el deducible Fuera de la red 60 % cubierto después de alcanzar el deducible
Visita al consultorio del especialista	En la red Copago de \$15 Fuera de la red 60 % cubierto después de alcanzar el deducible	En la red Copago de \$30 Fuera de la red 60 % cubierto después de alcanzar el deducible	En la red 80 % cubierto después de alcanzar el deducible Fuera de la red 60 % cubierto después de alcanzar el deducible	En la red 100 % cubierto después de alcanzar el deducible Fuera de la red 60 % cubierto después de alcanzar el deducible	En la red 100 % cubierto después de alcanzar el deducible Fuera de la red 60 % cubierto después de alcanzar el deducible
Máximo de bolsillo	En la red \$2,300 individual; \$4,600 familiar; incluye deducibles y copagos Fuera de la red \$4,600 individual; \$9,200 familiar; incluye deducibles y copagos	En la red \$3,400 individual; \$6,800 familiar; incluye deducibles y copagos Fuera de la red \$6,800 individual; \$13,600 familiar; incluye deducibles y copagos	En la red: \$2,400 individual, se aplica a la cobertura simple solamente; \$4,800 familiar, para la cobertura de cualquier combinación de un cónyuge o hijo, incluye deducible*** Fuera de la red \$4,800 individual; \$9,600 familiar; igual que arriba e incluye	En la red: \$3,250 individual, se aplica a la cobertura simple solamente; \$6,500 familiar, para la cobertura de cualquier combinación de un cónyuge o hijo*** Fuera de la red \$8,500 individual; \$17,000 familiar; igual que arriba e incluye deducible	En la red: \$5,850 individual, se aplica a la cobertura simple solamente; \$11,700 familiar, para la cobertura de cualquier combinación de un cónyuge o hijo**** Fuera de la red \$13,700 individual; \$27,400 familiar; igual que arriba e incluye deducible
Límite de por vida	Ilimitado	Ilimitado	Ilimitado	Ilimitado	Ilimitado

* El plan Premium PPO solo está disponible para los socios que fueron elegibles para los beneficios antes del 1 de enero de 2012 o que se encuentren en el plan.

** Los copagos no cuentan para el deducible.

*** Si tienes una cobertura que no sea de socio solamente, debes cubrir el monto familiar.

**** El plan Essential familiar se aplica a los socios que incluyen en la cobertura a cualquier combinación de un cónyuge o hijo, y el límite individual de \$9,100 se aplica para la cobertura familiar.

Dental

Costo

	Básico	Integral
Precio del plan semanal		
Solo socio(a)	\$2.86	\$5.98
Socio(a) + cónyuge	\$7.44	\$15.54
Socio(a) + hijo(s)	\$7.30	\$15.24
Socio(a) + familia	\$8.45	\$17.64

Dental (continuación)

Básico	Deducible anual - PPO/Premier
Individual	\$25
Familiar	\$75
Integral	Deducible anual - PPO/Premier
Individual	\$50
Familiar	\$150
Servicios preventivos	Coseguro (% cubierto)
Básico	PPO - 100 %; Premier 70 %
Integral	PPO - 100 %; Premier 90 %
Servicios básicos	Deducible anual - PPO/Premier
Básico	PPO - 80 %; Premier 60 %
Integral	PPO - 80 %; Premier 70 %
Servicios mayores	Deducible anual - PPO/Premier
Básico	Sin cobertura
Integral	PPO/Premier - 50 %
Cobertura máxima anual	
Básico	PPO/Premier - \$1,250 por persona
Integral	PPO/Premier - \$1,250 por persona
Ortodoncia durante toda la vida	
Básico	Sin cobertura
Integral	50 % cubierto; solo hijo; límite hasta los 19 años; límite hasta \$1,500 durante toda la vida

Visión**Costo****Visión****Precio del plan semanal**

Solo socio(a)	\$1.29
Socio(a) + cónyuge	\$3.33
Socio(a) + hijo(s)	\$3.21
Socio(a) + familia	\$3.72

Límites anuales de cobertura de la vista

En la red/fuera de la red Examen, marcos, lentes o lentes de contacto; se limitado a una vez cada año calendario

Exámenes de la vista de rutina

En la red Copago de \$0 si utiliza un proveedor PLUS. ajuste y seguimiento de lentes de contacto estándar hasta \$40

Fuera de la red Asignación de \$35

Beneficios para marcos

En la red Asignación de \$135, 20 % de descuento a partir de entonces; Asignación de \$185, 20 % de descuento a partir de entonces si utiliza un proveedor PLUS

Fuera de la red Asignación de \$60

Lentes monofocales

En la red Copago de \$10

Fuera de la red Asignación de \$25

Lentes de contacto electivos

En la red Asignación de \$135; no incluye adaptación y seguimiento; convencional y descartable; 15 % de descuento solo para el saldo convencional

Fuera de la red Asignación de \$60

Ganancias compartidas/Plan ESOP (Plan de propiedad de acciones para empleados)

Determinación de contribución de la Compañía	100 % contribución de Cintas. Todas las contribuciones de la Compañía son discrecionales, en base a factores como desempeño de la Compañía.
Cualificaciones para contribuciones de la Compañía	Debe haber trabajado 1,000 horas de servicio en el año calendario anterior para ser elegible Debe estar empleado en el último día hábil del año fiscal Sistema de puntos en base a años de servicio y compensación
Adjudicación de derechos	Las contribuciones de la Compañía se hacen después del fin del año fiscal El 100 % de las contribuciones de ganancias compartidas y plan ESOP se adjudican después de 3 años de servicio
Inscripción	Inscripción automática cuando se cumplen los requisitos de elegibilidad que se describieron antes

Ahorros con impuestos diferidos 401(k)

Contribución de socio	Se puede ahorrar una porción del salario de 1 % a 75 %, hasta el máximo determinado por el IRS Elegible después de 3 meses de servicio Inscripción automática en 3 % en fondo predeterminado a menos que elija no inscribirse automáticamente antes de ser elegible										
Contribución paralela de la compañía	La compañía puede hacer contribuciones para igualar tus contribuciones, como un porcentaje de cada dólar que tú contribuyes, hasta 10 % de tu salario										
Cualificaciones para contribución paralela de la compañía	Debes estar empleado en el último día del año fiscal Haber trabajado al menos 1,000 horas el año calendario anterior Debes contribuir una porción de tu salario para recibir una contribución paralela de la compañía										
Cronograma de adjudicación de derechos sobre contribuciones paralelas	<table> <tr> <td>Año 0-1</td> <td>0 %</td> </tr> <tr> <td>Año 2</td> <td>20 %</td> </tr> <tr> <td>Año 3</td> <td>40 %</td> </tr> <tr> <td>Año 4</td> <td>60 %</td> </tr> <tr> <td>Año 5</td> <td>100 %</td> </tr> </table>	Año 0-1	0 %	Año 2	20 %	Año 3	40 %	Año 4	60 %	Año 5	100 %
Año 0-1	0 %										
Año 2	20 %										
Año 3	40 %										
Año 4	60 %										
Año 5	100 %										
Inscripción	En línea a través de Partner Connect en partnerconnect.cintas.com . Por teléfono mediante el sistema telefónico automático o el Centro de Servicios de Cintas al 1-866-256-6559. A través de la aplicación móvil Alight (ver código QR debajo)										

Determinada información y/o secciones no aparecerán porque es un resumen. Si tienes preguntas sobre un tema que no está cubierto en el resumen, contacta al departamento de servicios a miembros del plan para obtener más información. Cintas Corporation no es responsable por la precisión de esta información. Si hay una discrepancia entre la información que se muestra en el resumen y los documentos oficiales del plan, prevalecerán los documentos oficiales del plan. Cintas Corporation se reserva el derecho de enmendar, suspender o finalizar los planes o programas en cualquier momento.