

#### 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)	\$51.75	\$39.30	\$31.35	\$22.20	\$15.00
Socio(a) + cónyuge	\$122.25	\$95.95	\$79.70	\$54.40	\$41.25
Socio(a) + hijo(s)	\$92.15	\$67.60	\$53.30	\$30.00	\$21.75
Socio(a) + familia	\$162.60	\$124.30	\$101.75	\$62.20	\$48.00

\*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 13 de julio de 2024 recibirán el descuento descrito anteriormente en 2025.

Los cónyuges que no se inscribieron en un plan médico de Cintas antes del 13 de julio de 2024, recibirán automáticamente el descuento si están inscritos en un plan médico de Cintas en 2025.

Los socios con licencia para prestar servicio militar cualquier día entre el 13 de julio y el 30 de agosto de 2024 recibirán automáticamente el descuento si están inscritos en un plan médico de Cintas en 2025.

## General Medical Expenses

	Premium PPO	Basic PPO	Core Choice	Core Value	Essential
Annual Deductible	<b>In Network*</b> \$350 Individual; \$700 Family** <b>Out of Network</b> \$700 Individual; \$1,400 Family	<b>In Network</b> \$700 Individual; \$1,400 Family** <b>Out of Network</b> \$1,400 Individual; \$2,800 Family	<b>In Network:</b> \$1,650 Individual applies to Single coverage only; \$3,300 Family, for coverage of any combination of a spouse and/or child*** <b>Out of Network:</b> \$3,300/\$6,600	<b>In Network:</b> \$3,250 Individual applies to Single coverage only; \$6,500 Family, for coverage of any combination of a spouse and/or child*** <b>Out of Network:</b> \$6,500/\$13,000	<b>In Network:</b> \$5,850 Individual applies to Single coverage only; \$11,700 Family, for coverage of any combination of a spouse and/or child**** <b>Out of Network:</b> \$11,700/\$23,400
Primary doctor office visit	<b>In Network</b> \$15 copay <b>Out of Network</b> 60% covered after deductible met	<b>In Network</b> \$30 copay <b>Out of Network</b> 60% covered after deductible met	<b>In Network</b> 80% covered after deductible met <b>Out of Network</b> 60% covered after deductible met	<b>In Network</b> 100% covered after deductible met <b>Out of Network</b> 60% covered after deductible met	<b>In Network</b> 100% covered after deductible met <b>Out of Network</b> 60% covered after deductible met
Specialist office visit	<b>In Network</b> \$15 copay <b>Out of Network</b> 60% covered after deductible met	<b>In Network</b> \$30 copay <b>Out of Network</b> 60% covered after deductible met	<b>In Network</b> 80% covered after deductible met <b>Out of Network</b> 60% covered after deductible met	<b>In Network</b> 100% covered after deductible met <b>Out of Network</b> 60% covered after deductible met	<b>In Network</b> 100% covered after deductible met <b>Out of Network</b> 60% covered after deductible met
Out-of-pocket maximum	<b>In Network</b> \$2,300 Individual; \$4,600 Family; includes deductible and copays  <b>Out of Network</b> \$4,600 Individual; \$9,200 Family; includes deductible and copays	<b>In Network</b> \$3,400 Individual; \$6,800 Family; includes deductible and copays  <b>Out of Network</b> \$6,800 Individual; \$13,600 Family; includes deductible and copays	<b>In Network:</b> \$2,400 Individual applies to Single coverage only; \$4,800 Family, for coverage of any combination of a spouse and/or child; includes deductible*** <b>Out of Network:</b> \$4,800 Individual; \$9,600 Family; as above and includes deductible	<b>In Network:</b> \$3,250 Individual applies to Single coverage only; \$6,500 Family, for coverage of any combination of a spouse and/or child; includes deductible*** <b>Out of Network:</b> \$8,500 Individual; \$17,000 Family; as above and includes deductible	<b>In Network:</b> \$5,850 Individual applies to Single coverage only; \$11,700 Family, for coverage of any combination of a spouse and/or child; includes deductible**** <b>Out of Network:</b> \$13,700 Individual; \$27,400 Family; as above and includes deductible
Lifetime Limit	Unlimited	Unlimited	Unlimited	Unlimited	Unlimited

\* The Premium PPO Plan is only available to partners who were benefits eligible before Jan 1, 2012 or are grandfathered into the Plan.

\*\* Copays do not count toward your deductible.

\*\*\* If you have coverage other than Partner Only, you must satisfy the family amount.

\*\*\*\* The Essential Plan for family applies to those partners covering any combination of a spouse and/or child, and the individual limit of \$9,100 applies for family coverage.

## Dental

## Costo

	Básico	Integral
<b>Precio del plan semanal</b>		
Solo socio(a)	\$3.12	\$6.51
Socio(a) + cónyuge	\$8.10	\$16.91
Socio(a) + hijo(s)	\$7.94	\$16.59
Socio(a) + familia	\$9.19	\$19.19

**Dental (continuación)**

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

**Visión****Costo**

	<b>Visión</b>
<b>Precio del plan semanal</b>	
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 <a href="http://partnerconnect.cintas.com">partnerconnect.cintas.com</a> . 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.