

Guía de Inscripción Abierta

Miembros del Equipo de los EE. UU.



¡Felicitaciones! Es el tiempo de Inscripción Abierta (**6 de mayo - 17 de mayo, 2024**) y ahora es elegible para cambiar sus elecciones de beneficios. Esta guía le encaminará para completar su Inscripción Abierta en Workday. Puede acceder a Workday a través de la Intranet de SharePoint en <https://wd5.myworkday.com/michaels>, o en un dispositivo móvil usando el código QR anterior.

Para obtener información detallada sobre las diferentes opciones de beneficios disponibles para usted como Miembro del Equipo Michaels, visite www.MIKBenefits.com

Seleccionar sus beneficios

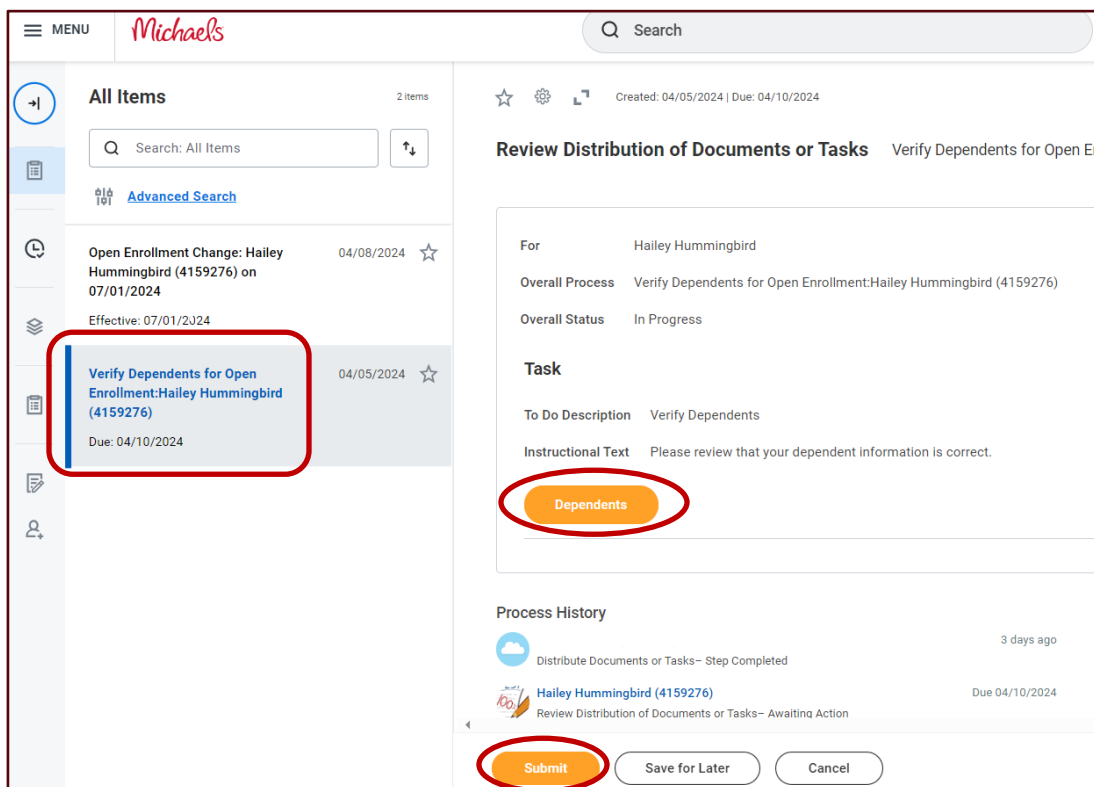
Durante la Inscripción Abierta verá un anuncio en la [Página de inicio de Workday](#) y dos tareas de Inscripción Abierta en su bandeja de entrada de Workday. La primera tarea será **“Verify Dependents for Open Enrollment (Verificar dependientes para la inscripción abierta)”** y la segunda será **“Open Enrollment Change (Cambio de inscripción abierta).”**

Índice de la Guía de Inscripción Abierta:

- [Verificar dependientes](#)
- [Consumo de tabaco](#)
- [Página de inicio de Inscripción Abierta](#)
- [Médico y Medicamentos recetados](#)
- [Dental y Visión](#)
- [Cuentas de gastos](#)
- [Elecciones de seguro](#)
- [Revisar y enviar](#)

Verificar dependientes

1. Comenzar con la tarea “**Verify Dependents for Open Enrollment (Verificar dependientes para la inscripción abierta)**”. **Tener en cuenta: No puede agregar dependientes o beneficiarios dentro de la tarea de Inscripción Abierta. Primero deberá agregar o actualizar a sus dependientes con la tarea “Verify Dependents” (Verificar dependientes).**
2. Si **no** tiene dependientes para agregar/editar, haga clic en “**Submit (Enviar)**” para esta tarea y salte a la página 2.
3. Si **tiene** dependientes para agregar/editar, haga clic en “**Dependents (Dependientes)**” dentro de la tarea en la bandeja de entrada y será dirigido a la página para Agregar/editar dependientes. Una vez que haya terminado de actualizar a sus dependientes, deberá hacer clic en “**Submit (Enviar).**”



4. Después de enviar la tarea “**Verify Dependents for Open Enrollment (Verificar dependientes para la inscripción abierta)**”, haga clic en la tarea “**Open Enrollment Change (Cambio de inscripción abierta)**” en su bandeja de entrada de Workday y haga clic en “**Let’s Get Started (Comencemos).**”

Guía de Inscripción Abierta

Miembros del Equipo de los EE. UU.



The screenshot shows the Michaels Workday portal. At the top left is a 'MENU' button and the Michaels logo. A search bar is at the top right. The main content area is divided into two columns. The left column shows a list of items under 'All Items' (2 items). A search bar is present. A notification is highlighted with a red box: 'Open Enrollment Change: Hailey Hummingbird (4159276) on 07/01/2024' with an effective date of 07/01/2024. The right column shows a 'Change Benefits for Open Enrollment' section with the dates 'Open Enrollment 04/08/2024-04/05/2024' and the instruction 'Choose new plans or re-enroll in the plans you currently have.' A yellow 'Let's Get Started' button is circled in red.

Consumo de tabaco

5. Cuando comience su inscripción abierta, la pregunta sobre el **Consumo de tabaco** aparecerá primero. Todos los Miembros del Equipo elegibles a tiempo completo y su cónyuge/pareja de hecho inscrito deben responder esta pregunta. Si no tiene un cónyuge inscrito, sólo verá la pregunta del tabaco para sí mismo.

The screenshot shows the 'Update Your Information' form. The 'Health Information' section is expanded to show 'Tobacco Use'. It includes an 'Acknowledgement If Tobacco user (Team Member)' and a 'Question' asking to indicate tobacco use. The 'Answer' section has two radio buttons: 'Yes' (unselected) and 'No' (selected). A yellow 'Continue' button is at the bottom.

Página de inicio de Inscripción Abierta

6. En la página de inicio de Inscripción Abierta, verá todos los planes elegibles con la opción de **Enroll**

Guía de Inscripción Abierta

Miembros del Equipo de los EE. UU.



(Inscribir) debajo de cada plan. Cuando esté listo para actualizar la cobertura, haga clic en **Enroll (Inscribir)** en el plan apropiado.

Médico y Medicamentos recetados

7. El primer plan es **Medical & Prescription Drug (Médico y Medicamentos recetados)**. Después de hacer clic en **Enroll (Inscribir)**, podrá **Select (Seleccionar)** o **Waive (Renunciar)** la cobertura.

Health Care and Accounts

- Medical & Prescription Drug (US) Waived [Enroll](#)
- Dental (US) Waived [Enroll](#)
- Vision (US) Waived [Enroll](#)
- Accident (US) Waived [Enroll](#)
- Health Care Flexible Spending Account (FSA) (US) Waived [Enroll](#)
- Limited-Use Flexible Spending Account (FSA) (US) Waived [Enroll](#)

Insurance

- Basic Employee Life & Accidental Death & Dismemberment (AD&D) (US) Reliance Standard (Employee Only) Coverage: \$25,000 [Manage](#)
- Basic Spouse Life (US) Waived [Enroll](#)
- Basic Domestic Partner Life (US) Waived [Enroll](#)

8. Si decide inscribirse en una Cobertura específica, haga clic en la opción **Select (Seleccionar)** en la primera columna. En la parte inferior de la pantalla, haga clic en **Confirm and Continue (Confirmar y continuar)**.

Guía de Inscripción Abierta

Miembros del Equipo de los EE. UU.



Plans Available

Select a plan or Waive to opt out of Medical & Prescription Drug (US). The displayed cost of waived plans assumes coverage for Employee Only.

3 items



Benefit Plan	*Selection	You Pay (Biweekly)	Company Contribution (Biweekly)
BCBS HDHP - Choice HSA	<input type="radio"/> Select <input checked="" type="radio"/> Waive	\$51.88	\$216.28
BCBS PPO - Basic PPO	<input checked="" type="radio"/> Select <input type="radio"/> Waive	\$38.93	\$216.71
BCBS PPO - Enhanced PPO	<input type="radio"/> Select <input checked="" type="radio"/> Waive	\$99.36	\$180.30

Confirm and Continue

Cancel

- Después de hacer clic en **Confirm and Continue (Confirmar y continuar)**, será dirigido a la página donde podrá seleccionar dependientes en la cobertura. El nivel de cobertura y el costo quincenal se actualizarán después de seleccionar a sus dependientes con la casilla de verificación junto a su nombre.

Coverage * Employee + Spouse

Plan cost per paycheck

1 item

Select	Dependent	Relationship	Date of Birth
<input checked="" type="checkbox"/>	Test Spouse	Spouse	04/01/1990

Guía de Inscripción Abierta

Miembros del Equipo de los EE. UU.



Una vez que haya seleccionado sus dependientes y haga clic en **Save (Guardar)** al final de la página.

10. Después de hacer clic en **Save (Guardar)**, volverá a la página de inicio de Inscripción Abierta, donde sus elecciones se actualizarán a medida que complete cada plan.

Health Care and Accounts

- UPDATED** Medical & Prescription Drug (US)
BCBS PPO - Basic PPO
Cost per paycheck: Employee + Spouse
Coverage: Employee + Spouse
Dependents: 1
Manage
- Dental (US)
Cigna DPPO
Cost per paycheck
Coverage: Employee Only
Manage
- Vision (US)
Waived
Enroll
- Accident (US)
Waived
Enroll
- Health Savings Account (HSA) (US)
Waived
Enroll
- REVIEWED** Health Care Flexible Spending Account (FSA) (US)
Waived
Enroll
- Limited-Use Flexible Spending Account (FSA) (US)
Waived
Enroll
- Dependent Care Flexible Spending Account (FSA) (US)
Waived
Enroll

Dental y Visión

11. Los siguientes dos planes disponibles son las secciones **Dental y Visión**. Después de hacer clic en **Enroll (Inscribir)**, podrá **Select (Seleccionar)** o **Waive (Renunciar)** la cobertura.

Plans Available

Select a plan or Waive to opt out of Dental (US). The displayed cost of waived plans assumes coverage for Employee Only.

2 items

*Selection	Benefit Plan	You Pay (Biweekly)
<input type="radio"/> Select <input checked="" type="radio"/> Waive	Cigna DHMO	
<input type="radio"/> Select <input checked="" type="radio"/> Waive	Cigna DPPO	

Plans Available

Select a plan or Waive to opt out of Vision (US). The displayed cost of waived plans assumes coverage for Employee Only.

1 item

*Selection	Benefit Plan	You Pay (Biweekly)
<input type="radio"/> Select <input checked="" type="radio"/> Waive	EyeMed VIS	

12. Después de hacer clic en **Confirm and Continue (Confirmar y continuar)**, será dirigido a la siguiente página donde podrá seleccionar dependientes en la cobertura. El nivel de cobertura y el costo quincenal se actualizarán después de seleccionar a sus dependientes con la casilla de verificación junto a su nombre tal como lo hizo para **Medical & Prescription Drug (Médico y Medicamentos recetados)**.

Cuentas de gastos

13. Hay cuatro opciones de cuentas de gastos disponibles: Cuenta de ahorro de salud (HSA), Cuenta de gastos flexibles (FSA) de Atención médica, FSA de uso limitado y FSA de Cuidado de Dependientes. **Tener en cuenta: Sólo puede inscribirse en la HSA si está inscrito en el plan médico Choice HDHP.**

Health Savings Account (HSA) (US) - HealthEquity

Contribute

Your estimated contributions made this year

Actual contributions from payroll \$0.00

Per Paycheck Annual

Remaining Paychecks 13

Use Paycheck Override

Minimum Annual Amount: \$100.00
Maximum Annual Amount: \$3,850.00

Summary

Annual Company Contribution	\$423.17
Total Annual HSA Contribution	\$423.17

14. Con la elección de la Cuenta de ahorro de salud, puede elegir ingresar un monto de contribución quincenal o un monto total para el año y Workday calculará automáticamente el monto anual o quincenal, respectivamente. Haga clic en **Save (Guardar)** en la parte inferior de la página cuando termine.
15. **Tener en cuenta: Sus elecciones de HSA se transferirán pasivamente si estaba inscrito previamente en un plan médico Choice HDHP y contribuía a la HSA. Si se cambia al plan médico Choice HDHP y desea contribuir a la HSA, deberá enviar sus nuevas elecciones antes de que se cierre la ventana de Inscripción Abierta el 17 de mayo de 2024.**
16. Los planes de Uso Limitado, FSA de Atención Médica y FSA de Cuidado de Dependientes se mostrarán como solo lectura durante esta ventana de Inscripción Abierta. No podrá inscribirse en estos planes durante este evento. La ventana de Inscripción Abierta para estos planes se llevará a cabo en octubre de 2024 para una fecha de vigencia en enero de 2024.

Elecciones de seguro

17. Hay varias opciones de seguro para elegir, todas ofrecidas a través de Reliance Standard.
18. Las opciones de Seguro de vida básico y de Muerte y desmembramiento accidental (AD&D) básico para el Miembro del Equipo se seleccionarán automáticamente para todos los Miembros del Equipo elegibles de tiempo completo pagados por Michaels.
19. Puede elegir opciones de seguro básico para cónyuges/parejas domésticas elegibles e hijos elegibles pagados por Michaels.
20. Las opciones de planes para Accidentes, Indemnización Hospitalaria, Seguro de Vida opcional, Muerte accidental & Desmembramiento (AD&D), Enfermedad crítica, Discapacidad a corto plazo (STD) y Discapacidad a largo plazo (LTD) seguirán.

Guía de Inscripción Abierta

Miembros del Equipo de los EE. UU.

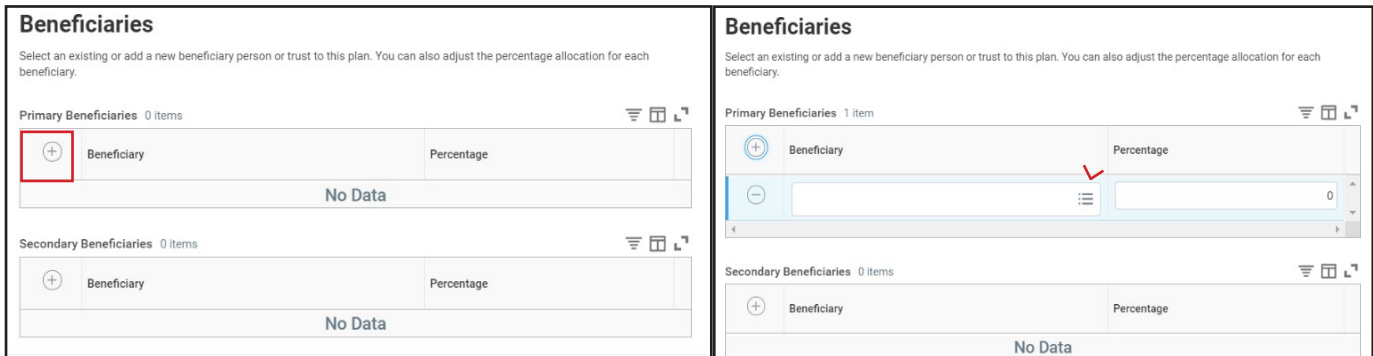


Insurance		
Basic Employee Life & Accidental Death & Dismemberment (AD&D) (US) Reliance Standard (Employee Only) Coverage: \$25,000 Manage	Basic Spouse Life (US) Waived Enroll	Basic Domestic Partner Life (US) Waived Enroll
Basic Child Life (US) Waived Enroll	Optional Employee Life (US) Waived UPDATED Enroll	Optional Spouse Life (US) Waived Enroll
Optional Domestic Partner Life (US) Waived Enroll	Optional Child Life (US) Waived Enroll	Optional Employee Accidental Death & Dismemberment (AD&D) Waived UPDATED Enroll
Optional Spouse Accidental Death & Dismemberment (AD&D) Waived Enroll	Optional Domestic Partner Accidental Death & Dismemberment (AD&D) Waived Enroll	Optional Child Accidental Death & Dismemberment (AD&D) Waived Enroll
Employee Critical Illness (US) Waived UPDATED Enroll	Spouse Critical Illness (US) Waived Enroll	Domestic Partner Critical Illness (US) Waived Enroll
Accident (US) Waived Enroll	Hospital Indemnity (US) Waived Enroll	

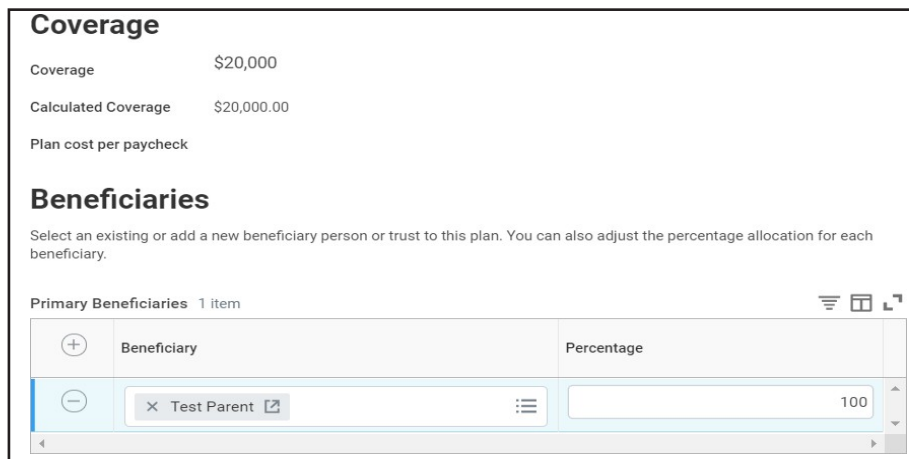
Tener en cuenta: Si es recién elegible para inscribirse, puede elegir la cobertura hasta el monto de la Emisión de garantía sin responder ninguna pregunta de salud. De lo contrario, se le solicitará que proporcione la Evidencia de asegurabilidad (EOI) y su solicitud de cobertura tendrá que ser aprobada por Reliance Standard antes de que comience la cobertura.

Designar un beneficiario

21. En la parte inferior de la pantalla, podrá designar beneficiarios para el plane que acaba de seleccionar. Al hacer clic en el ícono más, aparece una nueva fila. Al hacer clic en el ícono de solicitud, podrá seleccionar un beneficiario (o un dependiente marcado como beneficiario dentro de la página agregar/editar). **Tener en cuenta: Puede agregar tantos beneficiarios como desee, pero el porcentaje total debe ser igual al 100%.**



22. Aparecerá una ventana emergente que le dará la opción de **Add an existing Beneficiary (Agregar un nuevo beneficiario o Add an existing Trust (Agregar un fideicomiso existente)**. Seleccione la opción deseada. Puede actualizar a los beneficiarios durante la Inscripción Abierta y en cualquier momento durante el año del plan.



23. En este punto, ha llegado al final de la inscripción. Puede hacer clic en **Review and Sign (Revisar y Firmar)** o **Save for Later (Guardar para más tarde)** al final de la página. **Nota: Si hace clic en Save for Later (Guardar para más tarde), debe enviar sus elecciones antes de que finalice el período de inscripción el 17 de mayo para que sus elecciones de beneficios se finalicen y se acepten.**

Guía de Inscripción Abierta

Miembros del Equipo de los EE. UU.



Revisar y enviar

24. La pantalla final le dará un desglose de sus elecciones de beneficios elegidos y el costo total quincenal.

View Summary

Projected Total Cost Per Paycheck

Please review your enrollments below. If you are satisfied with your choices, please select the "I Agree" checkbox at the bottom of the page and then click the "Submit" button to finalize your enrollment.

You may also select the "Go Back" button to make additional changes or the "Save for Later" button to return to this enrollment at a later time.

Turn on the new tables view

Selected Benefits: 18 items

Plan	Coverage Begin Date	Deduction Begin Date	Coverage	Dependents	Beneficiaries	Cost
Medical & Prescription Drug (US)			Employee + Spouse			
Aetna POS - Select HRA			Employee + Spouse			
Dental (US)			Employee + Spouse			
Cigna DPPD			Employee + Spouse			
Vision (US)			Employee + Spouse			
EyeMed VIS			Employee + Spouse			
Basic Employee Life (US)			\$25,000			Included
Reliance Standard (Employee Only)						
Basic Employee Accidental Death & Dismemberment (AD&D) (US)			\$25,000			Included

25. Si está satisfecho con sus inscripciones, lea los detalles de la Firma electrónica y luego seleccione **I Agree (Acepto)** en la parte inferior de la pantalla. Luego haga clic en **Submit (Enviar)**.

Sus elecciones no se finalizarán hasta que lea el aviso legal, marque **I Agree (Acepto)** ubicado en la parte inferior de la pantalla, haga clic en **Submit (Enviar)** y vea la página de confirmación.

Electronic Signature

LEGAL NOTICE: Please Read 1

Your Name and Password are considered your "Electronic Signature" and will serve as your confirmation of the accuracy of the information being submitted. When you check the "I AGREE" checkbox, you are certifying that:

Certification and Authorization to Deduct Premiums and Surcharges from the Paycheck

I hereby certify that I have provided truthful answers to the questions listed in the election process. I understand that if I do not provide truthful or complete answers and information, I can be subject to disciplinary action, up to and including termination. Further, I authorize Michaels to take bi-weekly deductions from my paycheck for any premiums and any applicable surcharges associated with the benefits elections I have made during this enrollment per the amounts detailed in the election process.

In the event deductions are not made through my paycheck I understand that I will still be responsible for the premium payments and any applicable surcharges. If payments for premiums and applicable surcharges are not made within 31 days of the last payroll deduction, my benefit elections can be terminated.

Statement Regarding Michaels Stores Electronic Plan Disclosures

Individuals entitled to receive benefits under the Michaels Stores, Inc. Employee Benefits Plan and the Michaels Stores, Inc. Employees 401(k) Plan (the Plans), are also entitled to be furnished with certain documents required by ERISA. Michaels Stores, Inc. intends to provide the following documents to you by electronic delivery (as described below):

- Summary Plan Description (SPD)
- Required Summaries of Material Modifications (SMMs)
- Other Benefit Communications relating to wellness and/or the plans described above
- Summary Annual Report (SAR), and
- Any documents required to be furnished under ERISA § 104(b)(4) upon written request by a participant or beneficiary under the Plan (e.g., the latest SPD, SAR, bargaining agreement, contract, and documents under which the benefit plan is established).

These documents will be furnished to you via the benefits website. The documents will be available in Microsoft Word or Adobe Acrobat. To access the documents, you must have:

1. A computer with internet access, and
2. Software program(s) on your computer that allows you to open and read documents in the formats described above.

To keep a copy of the document for future reference, you must either:

1. Be able to print a copy on a printer attached to the computer; or
2. Save a copy in electronic form.

If any of these requirements change in a way that creates a material risk that you will no longer be able to access and retain electronically transmitted documents, you will be furnished with the notice(s) and asked to provide another consent to receive documents electronically, by providing your email address and affirming your consent for electronic communications.

What You Must Do:

You must consent to receive documents electronically, described in the Statement above by electronic means via the benefits website on the screen below.

You may withdraw this consent at any time by notifying the Benefits Dept at Michaels Stores, Inc. in writing, using the following form of communication:

Send a letter with the subject line "Consent Withdrawn for Electronic Disclosure" and include in the body of your letter your full name, address, and phone number to the following address:

Michaels Stores Inc.
Attention: Benefits Department
9939 West John Carpenter Freeway
Irving, TX 75068

Your **Right to a Paper Copy:** You have a right to request and obtain a paper version of any electronically transmitted document at no charge. Contact Team Member Services at 855-432-MIKE (6453), option 2 to request a paper copy.

Dependent Enrollment Declaration

I hereby certify that I will provide the required dependent verification documentations to Consova.

Wellness Program Requirement

All Michaels medical plan rates are based on eligible Team Members and, if applicable, spouses and domestic partners completing the required activities in the wellness program. The medical rates are not based on the results of the wellness activities, only that participation is required. To avoid a \$30 per paycheck, per person, surcharge (\$790 annually), I acknowledge and understand that me and my spouse/domestic partner **MUST** complete the required 2023-2024 wellness requirement by June 30th prior to the effective date of coverage.

Spouse Enrollment Declaration

I, a spouse/domestic partner of an eligible Team Member, is **not eligible** to enroll in the Blue Cross Blue Shield Basic PPO, Blue Cross Blue Shield Choice HSA and Kaiser HRA plans if they have access health coverage offered through their employer. A spouse/domestic partner of an eligible Team Member **may** enroll in the Blue Cross Blue Shield Enhanced PPO if they have access to employer sponsored health coverage. I hereby certify that my spouse/domestic partner does not have access to medical coverage through their employer. I further certify that should my spouse/domestic partner become eligible for such coverage, as referenced in this section, then I will notify Team Member Services at 1-855-432-MIKE(1-855-432-6453), selecting option 2, or submit a ticket through Knowledge Zone within 30 days of the date my spouse/domestic partner becomes eligible for coverage with their employer.

HSA/FSA

In addition, with respect to the Health Savings, Health Care Flexible Spending, Limited Purpose Health Care Flexible Savings and Dependent Care Savings Accounts, I understand that I will be responsible for repaying any unsubstantiated claims, and in the event, I fail to repay such claims, I authorize Michaels to deduct the amounts owed from my paycheck.

Accept 2

Submit Save for Later Cancel

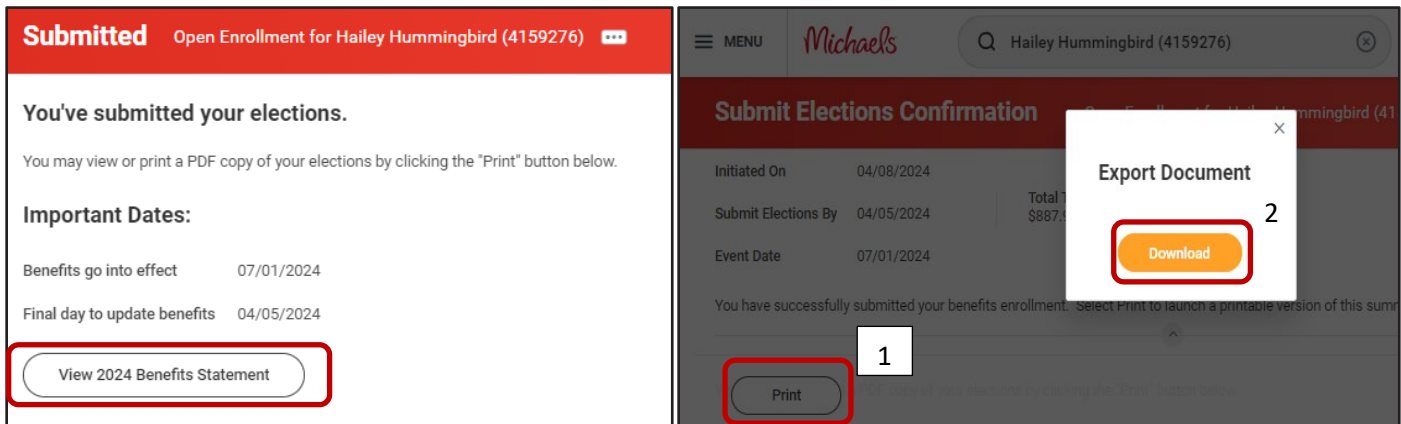
3

Guía de Inscripción Abierta

Miembros del Equipo de los EE. UU.



26. Una vez enviado, haga clic en View 2024 Benefits Statement (Ver declaración de beneficios 2024) y aparecerá su declaración de beneficios. Para guardar una copia de su declaración, haga clic en Print (Imprimir) en la parte inferior izquierda de la pantalla y haga clic en Download (Descargar).



Tener en cuenta: Puede continuar haciendo cambios en su inscripción, incluso después de haber enviado sus elecciones, hasta que se cierre la Inscripción Abierta el 17 de mayo de 2024. Para volver a su Inscripción Abierta, haga clic en el Anuncio en la página de inicio de Workday.

Una vez que se cierra la ventana de Inscripción Abierta, no podrá agregar, cancelar o cambiar las elecciones hasta la Inscripción Abierta del año siguiente o si experimenta un Evento de vida calificado. Para obtener más información sobre un Evento de vida calificado, visite: [Change in Status - Michaels Benefits \(mikbenefits.com\)](https://mikbenefits.com)

Las elecciones de Inscripción Abierta serán efectivas al comienzo del nuevo Año del plan que comienza el 1 de julio de cada año. La primera deducción de nómina comenzará en julio del 2024.

Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse o hacer un cambio, llame a Servicios para Miembros del Equipo al 1-855-432-MIKE (6453), opción 2, o abra una solicitud a través de [Knowledge Zone](#).