



Solicitud de revisión acelerada de la negación a la reducción de la prima según COBRA al Departamento de Trabajo de los Estados Unidos



INFORMACIÓN GENERAL: Si usted o uno de sus familiares ha perdido el empleo, es posible que una nueva ley le permita conservar su cobertura de salud vinculada a su empleo. La Ley de Recuperación y Reinversión Estadounidense (ARRA) de 2009 ofrece asistencia en primas para beneficios de salud de acuerdo con la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985, comúnmente llamada COBRA. La asistencia en primas también está disponible para la cobertura de continuación de acuerdo con algunas leyes estatales. Las personas elegibles para recibir la asistencia pagarán sólo el 35% de las primas de su cobertura de continuación del plan durante los primeros nueve meses de los períodos de cobertura que comiencen el 17 de febrero de 2009 o después. El 65% restante se reembolsará al plan, empleador o emisor del seguro médico a través de un crédito de impuesto de nómina.

Para ser elegible para recibir la asistencia, debe cumplir con TODOS los requisitos que aparecen a continuación:

- ◆ Ser elegible para la cobertura de continuación de acuerdo con COBRA o con la ley estatal que ofrece una cobertura de continuación similar (por ejemplo, las llamadas leyes “mini COBRA”) en cualquier momento durante el período comprendido entre el 1 de septiembre de 2008 y el 31 de diciembre de 2009.
- ◆ Elegir la cobertura de continuación (cuando se le ofreció por primera vez o durante el período de elección adicional).
- ◆ Tener un evento calificador para la cobertura de continuación que consista en el desempleo involuntario del empleado durante el período comprendido entre el 1 de septiembre de 2008 y el 31 de diciembre de 2009.

El solicitante (la persona que solicita la revisión de una negación a la asistencia de primas) puede ser el ex empleado o un familiar del empleado elegible para obtener la cobertura de continuación según COBRA o la asistencia de primas según COBRA a través del plan de salud laboral. El empleado y sus familiares pueden elegir continuar con la cobertura de salud según COBRA, solicitar la asistencia de primas, y solicitar una revisión de la negación de asistencia.

Si considera que es elegible para recibir la cobertura de continuación según COBRA y la reducción de la prima a través del plan de salud del un sector privado patrocinado por un empleador con generalmente al menos 20 empleados, pero se le han denegado estos beneficios o la reducción de la prima, puede solicitar la revisión de la negación al Departamento de Trabajo (DOL) de los Estados Unidos. Si usted recibe la cobertura de continuación a través de un plan del gobierno local, estatal o federal, o si la recibe de acuerdo con la ley estatal de seguros, debe dirigir su solicitud de revisión al Departamento de Salud y Servicios Humanos o ingresar a su sitio web en www.cms.hhs.gov/COBRAContinuationofCov/.

CÓMO SOLICITAR LA REVISIÓN: Responda todas las preguntas que aparecen en la solicitud a su leal saber y entender. Si no sabe la respuesta a alguna de las preguntas, puede marcar la casilla “No estoy seguro/N/C” (N/C significa “no corresponde”). El asterisco rojo (*) indica la información obligatoria. Incluya copias de los documentos que considera que ayudarán al Departamento en la revisión de su solicitud. Ejemplos de estos documentos aparecen en las instrucciones adjuntas. Proporcione toda su información de contacto (número de teléfono diurno, número de teléfono alternativo y dirección de correo electrónico, si tiene) para que la persona que revise su solicitud pueda comunicarse con usted en caso de tener preguntas o de necesitar información adicional. El Departamento de Trabajo no revisará su negación hasta que presente un formulario de solicitud correctamente completado. Debe completarse una solicitud por separado para cualquier familiar cuya información del plan no sea idéntica a la información proporcionada por usted. Conserve una copia de la solicitud presentada en sus registros. NOTA: Durante el transcurso de esta revisión, es posible que el Departamento necesite compartir la información que aparece en esta solicitud con su empleador o con el administrador del plan.

Se recomienda que complete la solicitud en línea en www.dol.gov/COBRA, o puede enviarla por fax o por correo postal, junto con los anexos, a:

Fax: U.S. Department of Labor, EBSA
Attn: COBRA Appeals
Fax: 202-693-8849

Correo postal: U.S. Department of Labor, EBSA
Attn: COBRA Appeals
PO Box 78038
Washington, DC 20013-9038

PARA RECIBIR ASISTENCIA: Si tiene preguntas sobre cómo completar este formulario, sobre la elegibilidad para COBRA, o sobre la reducción de la prima según COBRA, visite nuestro sitio web en www.dol.gov/COBRA. También puede llamar a un asesor de beneficios del DOL al número de teléfono gratuito 1-866-444-3272. Los asesores de beneficios pueden ayudarlo con sus preguntas, pero no pueden completar su solicitud de revisión por teléfono.

Atención: Antes de comenzar, verifique rápidamente su elegibilidad para la reducción de la prima según COBRA.

Si:

- ✓ tenía cobertura del plan de salud de grupo del empleador el último día de empleo*;
- ✓ existe un plan de salud vigente responsable de ofrecer la cobertura de continuación según COBRA;
- ✓ el desempleo del empleado fue involuntario** y se produjo durante el período comprendido entre el 1 de septiembre de 2008 y el 31 de diciembre de 2009; y
- ✓ usted es elegible para COBRA en cualquier momento durante ese período debido a el desempleo y no por motivos de divorcio, separación legal, derecho a Medicare, pérdida de condición de dependiente o muerte del empleado cubierto, entonces puede ser elegible para la reducción de la prima según COBRA.

Si tiene preguntas sobre cómo completar esta solicitud, sobre la elegibilidad para COBRA, o sobre la reducción de la prima según COBRA, visite nuestro sitio web en www.dol.gov/COBRA. También puede llamar a un asesor de beneficios del DOL al número de teléfono gratuito 1-866-444-3272. Si considera que la negación de la reducción de la prima según COBRA no es adecuada, complete la solicitud adjunta.

*Nota: Los recién nacidos, niños adoptados o en proceso de adopción agregados mediante inscripción especial se consideran como si hubieran estado en el plan el último día del empleo.

**Si necesita ayuda para determinar qué situaciones de desvinculación laboral son involuntarias, consulte las pautas del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/pub/irs-drop/n-09.27.pdf.



Solicitud de revisión acelerada de la negación a la reducción de la prima según COBRA al Departamento de Trabajo de los Estados Unidos



Número de control de la OMB (Oficina de Administración y Presupuesto) 1210-0135 Fecha de vencimiento 11/30/2009

Información del solicitante

***Indica la información obligatoria**

*Nombre	Sr.	Sra.	Srta.																						
Apellido										Nombre										Inicial del segundo nombre					
*Dirección																									
*Ciudad												Estado			Código postal										
*Número de teléfono durante el horario laboral:				Particular			Laboral			Celular			Número de teléfono alternativo:				Particular			Laboral			Celular		
Dirección de correo electrónico:																									
*Fecha de desempleo: (mes/día/año)										Fecha de finalización de los beneficios del plan de salud de grupo o del seguro, si corresponde: (mes/día/año)															
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; border: none;">Relación del solicitante con el empleado:</td> <td style="width: 16.5%; border: none;">Empleado</td> <td style="width: 16.5%; border: none;">Cónyuge</td> <td style="width: 16.5%; border: none;">Hijo</td> <td style="width: 16.5%; border: none;">Otro (explicar)</td> </tr> </table>																	Relación del solicitante con el empleado:	Empleado	Cónyuge	Hijo	Otro (explicar)				
Relación del solicitante con el empleado:	Empleado	Cónyuge	Hijo	Otro (explicar)																					
Si el solicitante no es el empleado, indique el nombre del empleado:																									
*Nombre	Sr.	Sra.	Srta.																						
Apellido										Nombre										Inicial del segundo nombre					
Nombres de los dependientes para los cuales también solicita una determinación con respecto a la negación de la reducción de la prima según COBRA, si corresponde. Recuerde: Si la información del plan de cualquiera de los familiares no es la misma que la suya, complete una solicitud por separado para cada uno de ellos.																									
Nombre										Relación				Edad											
D1)																									
D2)																									
D3)																									
D4)																									
Adjunte una hoja adicional si necesita agregar más dependientes a la lista.																									

Elegibilidad: Si necesita ayuda para responder las preguntas que aparecen a continuación, consulte las instrucciones.	Sí	No		No estoy seguro o N/C
*1. El último día de su empleo o del empleo de su familiar, ¿tenía cobertura de un plan de salud de grupo en el trabajo? Si tiene un nuevo dependiente (o dependientes) por nacimiento, adopción o proceso de adopción, consulte las instrucciones para responder la pregunta de su nuevo dependiente.				
*2. ¿Quedo desempleado entre el 1 de septiembre de 2008 y el 31 de diciembre de 2009?				



	Sí	No	No estoy seguro o N/C
*3. ¿Existe un plan de salud vigente que cubra a los empleados donde trabajaba usted o su familiar? Nota: El plan podría estar patrocinado por el ex empleador, unión o consejo directivo u otro empleador que sea responsable de brindarle cobertura de continuación según COBRA.			
*4. ¿Es elegible para COBRA debido a su desempleo o el de su familiar? De ser así, responda SÍ. Si es elegible para COBRA por motivos de divorcio, separación legal, derecho a Medicare, pérdida de condición de dependiente o muerte del empleado cubierto, responda NO.			
TENGA EN CUENTA: Si respondió NO a cualquiera de las preguntas que aparecen anteriormente (1-4), es posible que no sea elegible para la reducción de la prima según COBRA. Si tiene preguntas acerca de los requisitos de COBRA o de la reducción de la prima según COBRA, o si necesita ayuda para completar esta solicitud, comuníquese con un asesor de beneficios al número de teléfono gratuito 1-866-444-3272.			
	Sí	No	No estoy seguro o N/C
*5. ¿Fue su desempleo o el de su familiar, involuntario?			
	Sí	No	No estoy seguro o N/C
a. ¿Fue un despido permanente?			
b. ¿Fue un despido con una posible recontratación o con un permiso laboral temporal?			
c. ¿Se trató de un paquete de indemnización o compensación como anticipación al despido?			
d. ¿Renunció el empleado como resultado de un cambio en la ubicación geográfica del empleo?			
e. ¿Terminó el empleo mientras el empleado estaba ausente por enfermedad o incapacidad?			
f. Otro. Describa en Otra información que aparece al final de la solicitud.			
Para obtener más información que pueda ayudarlo a responder estas preguntas, consulte las preguntas 1-9 del aviso del IRS 2009-27 en www.irs.gov/pub/irs-drop/n-09-27.pdf .			
*6. ¿Trabajó usted o su familiar para el gobierno federal, estatal o local o para una institución religiosa?			
*7. ¿Cree que su ex empleador, o el de su familiar, contaba con 20 empleados o más en el año calendario anterior a haber perdido su trabajo?			
*8. Con respecto a la cobertura según COBRA:			
a. ¿Recibió una notificación en la que se le informaba su derecho de elegir COBRA?			
b. ¿Envío un formulario para solicitar o elegir la cobertura según COBRA?			
c. ¿Se le negó la cobertura según COBRA? Si la respuesta es sí, explique el motivo en Otra información que aparece al final de la solicitud. Adjunte las copias de todos los documentos pertinentes.			
*9. Con respecto a la reducción de la prima según COBRA:			
a. ¿Recibió una notificación en la que se le informaba acerca de su derecho a la reducción de la prima?			
b. ¿Se le negó la reducción de la prima? Si la respuesta es sí, explique el motivo en Otra información que aparece al final de la solicitud. Adjunte las copias de todos los documentos pertinentes.			
*10. En algún momento después de su desempleo o el de su familiar ¿era usted (o sus dependientes) elegible para recibir cobertura por parte de otro plan de salud de grupo (como un plan patrocinado por un empleador posterior o por el empleador de su cónyuge) o de Medicare? Si la respuesta es sí, mencione la fecha en la que usted (o sus dependientes) fueron elegibles para la otra cobertura.			
	/	/	

Si cree que otra entidad como una **compañía matriz o una compañía que absorbió su ex empleador** puede ser responsable de brindar cobertura de continuación según COBRA, suministre la mayor cantidad posible de información sobre la compañía y las circunstancias. (Adjunte una hoja adicional, si es necesario)

Compañía matriz o nombre del comprador																																		
Persona de contacto de la compañía matriz:																				Sr.			Sra.			Srta.								
Apellido															Nombre																			
Dirección																																		
Ciudad																				Estado					Código postal									
Número de teléfono:																				Número de fax:														
Dirección de correo electrónico de la compañía matriz/comprador:																																		
Dirección del sitio web de la compañía matriz/comprador:																																		

Información sobre administrador de beneficios, organización de mantenimiento de la salud (HMO) y seguro: Si corresponde, ingrese la siguiente información sobre la compañía de seguros, HMO, o administrador de beneficios a cargo de la administración de los beneficios de su plan de salud de grupo, de la forma más completa posible y adjunte toda la documentación de respaldo que posea.

Nombre del plan (Por ejemplo: ABC Insurance Co PPO, Big Company Group Plan)																																		
Nombre de la aseguradora																																		
Persona de contacto:																				Sr.			Sra.			Srta.								
Apellido															Nombre																			
Dirección																																		
Ciudad																				Estado					Código postal									

Aviso de la Ley de Privacidad

La Ley de Privacidad de 1974 exige que, cuando le solicitamos información, le demos a conocer nuestro derecho legal de solicitarla, la razón por la cual se la solicitamos, y cómo se utilizará. También debemos informarle lo que pasaría si no la recibimos, y si su respuesta es voluntaria, necesaria para obtener un beneficio, u obligatoria. Nuestro derecho legal a solicitar la información consta en el artículo 3001(a)(5) de la Ley de Recuperación y Reinversión Estadounidense (ARRA) de 2009. Solicitamos esta información en cumplimiento de las disposiciones de ARRA y para permitir a la Secretaría de Trabajo tomar una decisión sobre su solicitud para una revisión acelerada por parte de la Secretaría, del rechazo de su solicitud de tratamiento en calidad de persona elegible para recibir asistencia. Si usted no suministra la información solicitada, no será elegible para tal revisión. No vendemos la información que recopilamos. Los datos personales que nos brinde se utilizarán únicamente en relación con la revisión acelerada por parte de la Secretaría, del rechazo de su solicitud de tratamiento en calidad de persona elegible para recibir asistencia.

Empleamos contratistas para que lleven a cabo diversas funciones del sitio web y bases de datos. Cuando lo hacemos, nos aseguramos de que el lenguaje del contrato con el contratista garantice la seguridad, confidencialidad e integridad de toda información personal a la cual el contratista pudiera tener acceso en el curso del cumplimiento del contrato.

Si bien la presentación en línea es segura, el correo electrónico no lo es. Por lo tanto, le sugerimos que no nos envíe datos personales por correo electrónico. Solamente le enviaremos información general por correo electrónico.

Podremos divulgar la información que nos brinde si así lo autoriza o lo exige la ley federal, como por ejemplo la Ley de Privacidad. También podemos divulgar esta información a las otras partes que intervienen en esta revisión, incluido su plan de salud y, en muchos casos, al ex empleador del empleado, como así también a los tribunales como parte del registro en cualquier apelación. Usted podrá tener acceso a cualquier información que obtengamos sobre su persona. Asimismo, si brinda información falsa o fraudulenta, pueden haber acciones penales en su contra. Consulte el artículo 1027, Título 18, Código de los EE. UU. (Falsa declaración y ocultación de hechos en relación con documentos exigidos por la Ley de Seguridad de Ingresos de Retiro de Trabajadores (ERISA) y artículo 1001, Título 18, Código de los EE. UU. (Fraude y declaraciones falsas. Declaraciones o entradas en general). También pueden aplicarse otras sanciones.

Declaración de la Ley de Simplificación de Trámites

Conforme a la Ley de Simplificación de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a la recopilación de información a menos que exhiba un número de control de la OMB válido. La carga de información pública para esta recopilación de información se estima en un promedio de una (1) hora por respuesta, incluido el tiempo para revisión de instrucciones, recopilación de datos necesarios y proceso de completar y revisar la recopilación de información. La obligación de responder a esta recopilación es para obtener o conservar beneficios (*consulte* el artículo 3001(a)(5) de la Ley de Recuperación y Reinversión Estadounidense, P.L. 111-5). Envíe comentarios sobre el cálculo de la carga o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluso sugerencias para reducir esta carga a: U.S. Department of Labor, Office of the Chief Information Officer, Attention: Departmental Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-1301, Washington, DC 20210, e indique el número de control de la OMB. Nota: No envíe la solicitud completada a esta dirección.

involuntario, consulte las pautas del IRS en www.irs.gov/pub/irs-drop/n-09-27.pdf. Marque la casilla correspondiente que describa su situación. Si ninguno de los ejemplos describe como su trabajo termino, responda SÍ en el punto 5f y describa las circunstancias de su desempleo en **Otra información** al final de esta solicitud. Asimismo, tenga en cuenta lo siguiente:

Un empleado y sus dependientes tal vez no sean elegibles para la cobertura de continuación según COBRA si el empleado quedo desempleado por una falta grave.

Pregunta nro. 6 Si estuvo trabajando para un empleador del sector privado, responda NO. Si sus beneficios fueron brindados a través de un plan de gobierno local, estatal o federal, o un plan otorgado por una institución religiosa, responda SÍ. Si respondió SÍ a esta pregunta, es posible que el Departamento de Trabajo no tenga jurisdicción para revisar su solicitud de revisión. Deberá enviar una solicitud de revisión al Departamento de Salud y Servicios Humanos. Las instrucciones sobre cómo presentar la solicitud se pueden encontrar en www.cms.hhs.gov/COBRAContinuationofCov.

Pregunta nro. 7 La respuesta se basa en la cantidad de empleados que usted crea que tuvo su empleador. Sabemos que tal vez usted no tenga la información para confirmar esta respuesta. Generalmente, COBRA Federal solamente se aplica a planes de salud de grupo que mantienen los empleadores que tuvieron al menos 20 empleados durante más del 50% de sus días laborales típicos en el año calendario previo, teniendo en cuenta los empleados de tiempo completo y parcial.

Tenga en cuenta: Si bien las normas de COBRA Federal no se aplican a estos pequeños empleadores, la reducción de prima según COBRA se aplica a una cobertura de continuación comparable que se brinda conforme a la ley estatal. Si responde NO a esta pregunta indicando que su empleador tenía menos de 20 empleados, su plan puede estar brindando cobertura de estado comparable. Comuníquese con el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) en www.cms.hhs.gov/COBRAContinuationofCov para determinar si la ley del estado se aplica a su cobertura y si puede presentar una solicitud de revisión ante el HHS.

Pregunta nro. 8 Si se le ofreciera cobertura de continuación según COBRA en relación con su empleo o el de un familiar, seleccione la respuesta que mejor se aplique a la condición de su elección COBRA. El aviso de elección de COBRA debe suministrarse a los beneficiarios calificados dentro de los 44 días de un evento calificador y debe incluir información para ayudarlo a entender la cobertura COBRA, incluido el nombre del administrador de COBRA del plan. Si recibió el aviso, responda SÍ. Se le debe otorgar un período de elección de 60 días como mínimo (comenzando en la fecha en que se le envió el aviso o en la fecha en que usted perdería la cobertura, lo que ocurra después), para optar si desea o no la cobertura de continuación según COBRA. ¿Le informó a su plan que eligió la cobertura de continuación según COBRA? De ser así, responda SÍ. Si solicitó la cobertura de continuación según COBRA pero se le negó, su plan deberá brindar un aviso dentro de los 14 días posteriores a la recepción de su solicitud, y el aviso debe explicar la razón del rechazo de su solicitud. Consulte este aviso para responder la pregunta, detalle el motivo en **Otra información** al final de la solicitud y adjunte copia del aviso con su solicitud.

Tenga en cuenta que ARRA agregó un segundo período de elección para algunas personas que experimenten un desempleo involuntario entre el 1 de septiembre de 2008 y el 17 de febrero de 2009. Si estas personas no eligieron la cobertura de continuación según COBRA en la primera oportunidad, o eligieron la cobertura de continuación según COBRA pero renunciaron a ella, tienen una segunda oportunidad para optar por ella.

Pregunta nro. 9 Seleccione las respuestas que se apliquen mejor a su situación. Los planes sujetos a las disposiciones de COBRA Federal deben enviar un Aviso General a todos los beneficiarios calificados, no sólo a empleados cubiertos, que experimentarían un evento calificador en cualquier momento entre el 1 de septiembre de 2008 y el 31 de diciembre de 2009, independientemente del tipo de evento calificador, Y que aún no hayan recibido un aviso de elección o bien que recibieran un aviso de elección después del 17 de febrero de 2009 que no incluyera la información adicional exigida por ARRA. El Aviso General debe incluir información sobre la reducción de prima según COBRA. Si recibió el aviso, responda SÍ. Si se le negó la reducción de prima según COBRA, es posible que su plan le haya enviado un aviso escrito del motivo del rechazo, posiblemente en el formulario que utilizó usted para solicitar la reducción de la prima. De ser así, consulte ese documento para detallar el motivo en **Otra información** al final de la solicitud y adjunte copia del documento con su solicitud. Si

no recibió respuesta a su solicitud, deberá contestar “No estoy seguro”.

Pregunta nro. 10 Responda *SÍ* si es *elegible para la cobertura* bajo beneficios de Medicare u otro plan de salud de grupo. Si responde *SÍ* a esta pregunta, no es elegible para la reducción de prima en la primera fecha de elegibilidad para la otra cobertura. Nota: Si es elegible para la reducción de prima, deberá notificar al plan cuando pase a ser elegible para Medicare u otra cobertura de salud de grupo. Si no lo hiciera, es posible que deba pagar una sanción de impuestos del 110% de la cantidad de cualquier reducción de prima.

Información sobre el patrocinador/empleador de su plan, compañía de seguros, y/o administrador del plan Consulte el aviso de COBRA que recibió para encontrar la información para utilizar en esta solicitud. Adjunte copia del aviso de COBRA a su solicitud.

Otra información Suministre la información que le hayan brindado sobre el motivo por el cual le negaron la cobertura de continuación según COBRA y/o reducción de prima, como así también cualquier otra información que usted considere que es importante que conozca el Departamento de Trabajo a fin de evaluar su solicitud.

Anexos Como la revisión del Departamento no puede comenzar hasta que tengamos una solicitud completa, adjunte copias de la documentación que usted crea que ayudaría al Departamento a tomar una decisión sobre su solicitud. Tal documentación puede incluir copias de uno o más de los siguientes puntos, si corresponde: Su aviso de elección de COBRA, su Solicitud de tratamiento en calidad de persona elegible para recibir asistencia, u otro formulario utilizado para solicitar la reducción de prima, su tarjeta del seguro, comprobantes del pago de nómina en los que consten las deducciones por beneficios de salud, todo documento que detalle fecha y circunstancias de la desvinculación laboral del empleado y toda documentación que haya recibido relacionada con la negación de reducción de prima.

Si presenta anexos para esta solicitud después de presentarla, o si envía por fax o por correo anexos para una solicitud que realizó en línea, asegúrese de indicar su nombre en letra de imprenta clara y su número de teléfono en la primera página de todos los documentos que envíe. Si sabe su número de identificación de control indíquelo también en letra de imprenta.