



## **Solicitud al Departamento de Trabajo de los Estados Unidos para revisión acelerada de la denegación de la reducción en la prima de COBRA**



**INFORMACIÓN GENERAL:** Si usted o uno de sus familiares ha perdido el empleo, la Ley de Recuperación y Reinversión Estadounidense [American Recovery and Reinvestment Act of 2009 (ARRA)], puede hacer posible que usted mantenga su cobertura de salud relacionada a su empleo. La Ley de Recuperación y Reinversión Estadounidense (ARRA), según su enmienda, contempla la asistencia con primas para beneficios de salud bajo la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 [Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act], comúnmente llamada COBRA. La asistencia en primas también está disponible para la cobertura de continuación bajo algunas leyes estatales. Las “personas elegibles para asistencia” solo pagan el 35 por ciento de sus primas bajo COBRA y el 65 por ciento restante se reembolsa al proveedor de cobertura a través de un crédito tributario. La reducción de prima corresponde para periodos de cobertura médica que comenzaron el día 17 de febrero de 2009 o en fecha posterior y dura hasta 15 meses.

Para ser considerado como “persona elegible para asistencia” y recibir primas reducidas, usted:

- ◆ DEBE tener una oportunidad de elegir una cobertura de continuidad (suceso calificador)\* relacionada con un cese involuntario del empleo ocurrido entre el 1º de septiembre de 2008 y el 31 de mayo de 2010;
- ◆ DEBE elegir la cobertura (dentro del término correspondiente);
- ◆ NO DEBE ser elegible para Medicare; Y
- ◆ NO DEBE ser elegible para cobertura bajo ningún otro plan de salud grupal, tal como un plan patrocinado por un empleador sucesor o el empleador de su cónyuge.

\*Las personas que perdieron la cobertura debido a un suceso calificador que haya sido una reducción de horas que ocurrió en cualquier momento entre el 1º de septiembre de 2008 y el 31 de mayo de 2010, pueden ser elegibles para la reducción de primas si el empleado es despedido involuntariamente el día 2 de marzo de 2010 o en fecha posterior hasta el 31 de mayo de 2010. La asistencia con primas para estas personas comienza con el primer periodo de cobertura después del despido del empleado (que ocurra el día 2 de marzo de 2010 o en fecha posterior hasta el 31 de mayo de 2010). **También se les provee a estas personas una nueva oportunidad de elección, si no eligieron (o eligieron y descontinuaron) COBRA.** [Un suceso calificador de reducción de horas ocurre cuando el empleado y su familia pierden la cobertura debido a que las horas del empleado fueron reducidas o el empleado ya no trabaja la cantidad de horas requeridas por el plan para mantener la cobertura médica de grupo aunque aun mantiene su empleo.]

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

Si usted considera que es elegible para recibir la cobertura de continuación bajo COBRA y la reducción de la prima a través del plan de salud del sector privado patrocinado por un empleador generalmente con al menos 20 empleados, pero le han denegado estos beneficios o la reducción de la prima, puede solicitar la revisión de la denegación al Departamento de Trabajo (DOL) de los Estados Unidos. Si sus beneficios eran provistos por el gobierno federal (bajo la Continuidad de Cobertura Temporal (TCC) de FEHBP) un plan del gobierno estatal o local (tal como una escuela pública, un colegio o universidad pública o el departamento de policía o de bomberos), o si es provista conforme a la ley estatal de seguros, usted debe dirigir su solicitud de revisión al Departamento de Salud y Servicios Humanos o acceder su sitio web en [www.ContinuationCoverage.net](http://www.ContinuationCoverage.net).

**SOLICITANDO LA REVISIÓN:** Conteste todas las preguntas que aparecen en la solicitud a su mejor conocimiento y entendimiento. Si usted no sabe la respuesta a alguna de las preguntas, puede marcar la el encasillado “No estoy seguro o N/A” (N/A significa “no applica”). El asterisco rojo (\*) indica la información requerida. Incluya copias de los documentos que considere que le 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 denegación 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 sometida en sus archivos. *NOTA: Durante el transcurso de la 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 le recomienda que complete la solicitud en línea en [www.dol.gov/COBRA](http://www.dol.gov/COBRA), o puede enviarla por fax o por correo postal, junto con los anejos, 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 ASISTENCIA:** Si tiene preguntas sobre cómo completar este formulario, sobre la elegibilidad para COBRA, o sobre la reducción de la prima bajo COBRA, visite nuestro sitio web en [www.dol.gov/COBRA](http://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 bajo COBRA.

Si:

- ✓ tenía cobertura del plan de salud grupal del empleador el último día de empleo\*;
- ✓ existe un plan de salud vigente responsable de ofrecer la cobertura de continuación bajo COBRA;
- ✓ su evento calificador fue el cese involuntario\*\* del empleo que ocurrió durante el periodo comenzando el 1° de septiembre de 2008 hasta el 31 de mayo de 2010 (incluido un suceso calificador de reducción de horas en este periodo seguido de un cese en el empleo involuntario ocurrido el día 2 de marzo de 2010 o en fecha posterior hasta el 31 de mayo de 2010), y no el divorcio, la separación legal, elegibilidad a Medicare, pérdida de estatus de dependiente, o muerte del empleado cubierto, entonces puede ser elegible para la reducción en la prima bajo COBRA.

NOTA: Si su cobertura es provista por un plan patrocinado por el gobierno federal, o un gobierno estatal o local (tal como escuelas públicas, colegios y universidades públicos, o departamento de policía o de bomberos), usted debe presentar su solicitud para revisión al HHS. Visite [www.ContinuationCoverage.net](http://www.ContinuationCoverage.net).

Si tiene preguntas sobre cómo completar esta solicitud o sobre la elegibilidad para COBRA, o sobre la reducción de la prima bajo COBRA, visite nuestro sitio web en [www.dol.gov/COBRA](http://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 a usted se le ha denegado inapropiadamente la reducción en prima, complete la solicitud adjunta.

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

\*\*Si necesita ayuda para determinar qué situaciones laborales son terminaciones involuntarias, consulte las guías del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en [www.irs.gov/pub/irs-drop/n-09-27.pdf](http://www.irs.gov/pub/irs-drop/n-09-27.pdf).



## Solicitud al Departamento de Trabajo de los Estados Unidos para revisión acelerada de la denegación de la reducción en la prima de COBRA



Número de control de la OMB (Oficina de Administración y Presupuesto) 1210-0135 Fecha de vencimiento 30/11/2012

### Información del solicitante

**\*Indica la información requerida**

*Nombre	Sr.	Sra.	Srta.	
Apellido				Nombre
				Inicial

\*Dirección

\*Ciudad

Estado

Código postal

*Número de teléfono durante el horario laboral:	Casa	Trabajo	Celular		Número de teléfono alternativo:	Casa	Trabajo	Celular
---	------	---------	---------	--	---------------------------------	------	---------	---------

Dirección de correo electrónico:

*Fecha de terminación de empleo: (mes/día/año)		Fecha de terminación de los beneficios del plan de salud de grupal o del seguro, si corresponde: (mes/día/año)
/	/	/

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

Nombres de los dependientes para los cuales también solicita una determinación con respecto a la denegación de la reducción de la prima de COBRA, si corresponde. **Recuerde:** Si la información del plan de cualquiera de los miembros de la familia no es idéntica a la suya, complete una solicitud por separado para cada uno de ellos.

Nombre	Parentesco	Edad
D1)		
D2)		
D3)		
D4)		

**Adjunte una hoja adicional si necesita añadir más dependientes a la lista.**

Elegibilidad: Favor de ver las instrucciones para asistencia en contestar las siguientes preguntas.	Sí	No	No estoy seguro o N/A
*1. ¿Contaba usted con cobertura de un plan de salud de grupo del empleador el día antes del cese en el empleo del empleado? También responda que SÍ si usted contaba con cobertura de un plan de salud de grupo del empleador el día antes de que el empleado fuera objeto de una reducción de horas en su empleo. Si se está respondiendo a esto para un nuevo dependiente (o dependientes) que sea hijo biológico de, adoptado por o colocado para adopción con el empleado, consulte las Instrucciones para responder a la pregunta sobre el nuevo dependiente.			
*2. ¿Ocurrió el cese en el empleo del empleado el 1º de septiembre de 2008 o en fecha posterior y, como máximo, el 31 de mayo de 2010?			



	Sí	No	No estoy seguro o N/A
*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 bajo COBRA.			
*4. ¿Es elegible para COBRA debido a su terminación de empleo o el de su familiar? De ser así, responda SÍ. También responda que SÍ si usted es o era elegible para COBRA debido a la reducción de horas del empleado con posterior cese en el empleo del empleado el día 2 de marzo de 2010 o en fecha posterior hasta el 31 de mayo de 2010. 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.			
<b>TENGA EN CUENTA:</b> 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 de COBRA. Si tiene preguntas acerca de los requisitos de COBRA o de la reducción de la prima de 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/A
*5. ¿Fue su terminación de empleo o el de su familiar, involuntario?			
	Sí	No	No estoy seguro o N/A
a. ¿Fue un despido permanente?			
b. ¿Fue un despido con una posible recontractación o con un permiso laboral temporal?			
c. ¿Fue un paquete de indemnización o una mesada en antelación 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 la sección <b>Otra información</b> que aparece al final de la solicitud.			
Para obtener más información que pueda ayudarle a responder a estas preguntas, consulte las preguntas 1-9 del aviso del IRS 2009-27 en <a href="http://www.irs.gov/pub/irs-drop/n-09-27.pdf">www.irs.gov/pub/irs-drop/n-09-27.pdf</a> .			
*6. ¿Con respecto a la entidad que patrocina su plan de salud grupal o el de sus familiares:			
a. ¿Usted o su familiar trabajan para el gobierno federal, un gobierno estatal o un gobierno local, tal como un sistema de escuela pública, un colegio o universidad pública o un departamento de policía o de bomberos? Si respondió afirmativamente, usted debe presentar su solicitud al HHS para revisión. Visite <a href="http://www.ContinuationCoverage.net">www.ContinuationCoverage.net</a>			
b. ¿Usted o su familiar trabajan para una organización religiosa (incluso guarderías infantiles, hospitales y otros establecimientos operados por organizaciones religiosas)? Si respondió afirmativamente, primero debe comunicarse con el departamento de seguros estatal correspondiente para saber si el plan está sujeto a la continuación estatal. Si la ley estatal aplica, usted puede presentar su solicitud al HHS para su revisión. Ver arriba.			
*7. ¿Cree que su ex empleador, o el de su familiar, contaba 20 empleados o más durante el año calendario anterior a la pérdida de su empleo?			
*8. Con respecto a la cobertura de COBRA:			
a. ¿Recibió una notificación en la que se le informaba sobre su derecho de elegir COBRA?			
b. ¿Envío el formulario para solicitar o elegir la cobertura según COBRA?			
c. ¿Se le negó la cobertura de COBRA? Si la respuesta es sí, explique el motivo en la sección <b>Otra información</b> que aparece al final de la solicitud. Adjunte las copias de todos los documentos pertinentes.			

<p><b>*9.</b> Con respecto a la reducción de la prima de COBRA:</p> <p>a. ¿Recibió una notificación en la que se le informaba acerca de su derecho a la reducción de la prima?</p> <p>b. ¿Recibió un aviso informándole sobre la extensión de reducción de primas y la oportunidad de pagar retroactivamente las primas reducidas dejadas de pagar relacionadas a la extensión de 9 a 15 meses?</p> <p>c. ¿Se le denegó la reducción de primas o se le otorgó la reducción de primas, pero se le denegaron los 6 meses adicionales de reducción de prima provista por la extensión? Si la respuesta es sí, explique el motivo en la sección <b>Otra información</b> que aparece al final de la solicitud. Adjunte las copias de todos los documentos pertinentes.</p>			
<p><b>*10.</b> En algún momento después de su terminación de empleo o el de su familiar ¿era usted (o alguno de sus dependientes) elegible para recibir cobertura por parte de otro plan de salud grupal (como es 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.</p>			
		/	/

**Complete la información que aplique a usted.** **\*Indica la información requerida**

**Información de patrocinador del plan:** Ingrese la siguiente información sobre el empleador, unión, o consejo directivo que patrocinan el plan de salud grupal, de la forma más completa posible, y adjunte toda la documentación de respaldo que posea. Nota: Esta información se puede encontrar en el aviso COBRA que usted recibió.

<b>*Nombre del patrocinador del plan</b>																										
Persona de contacto del patrocinador del plan:															Sr.		Sra.		Srta.							
<b>*Apellido</b>												<b>Nombre</b>														
<b>*Dirección</b>																										
<b>*Ciudad</b>															<b>Estado</b>					<b>Código postal</b>						
<b>*Número de teléfono:</b>												<b>Número de fax:</b>														
Dirección de correo electrónico del patrocinador del plan:																										
Dirección del sitio web del patrocinador del plan:																										

<b>Información del empleador:</b> Si el patrocinador del plan no es el empleador, ingrese										<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>No estoy seguro o N/A</b>
la siguiente información sobre el empleador.												
*Nombre del empleador												
[Redacted]												
Persona de contacto del empleador:										Sr.	Sra.	Srta.
*Apellido					Nombre							
[Redacted]												
*Dirección												
[Redacted]												
*Ciudad							Estado			Código postal		
[Redacted]							[Redacted]			[Redacted]		
*Número de teléfono:					[Redacted]			Número de fax:				
[Redacted]												
Dirección de correo electrónico del empleador:												
[Redacted]												
Dirección del sitio web del empleador:												
[Redacted]												

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

Compañía matriz o nombre del comprador

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

**Información sobre el seguro, organización de mantenimiento de la salud (HMO) o administrador de beneficios:**

Si aplica, 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 grupal, de la forma más completa posible y adjunte cualquier documentación de respaldo que posea.

Nombre del plan (Por ejemplo: ABC Insurance Co PPO, Big Company Group Plan)

Nombre de la aseguradora, HMO o Administrador de Beneficios

Persona de contacto: Sr. Sra. Srta.

Apellido Nombre

Dirección

Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono: Número de fax:

Número de grupo del seguro/plan: Número de identificación del plan del solicitante:

Otra información: **\*\*IMPORTANTE\*\*** Suministre la información que le hayan brindado sobre la razón o las razones por el cual le denegaron la cobertura de continuación bajo 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. 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:

- 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.
- Cualquier documento que detalle fecha y circunstancias de su pérdida de trabajo.
- Cualquier documentación que haya recibido relacionada con la negación de reducción de la prima.

Bajo pena de perjurio, declaro que revisé esta solicitud, incluidos todos los documentos que la acompañan, y a mi mejor saber y entender, es verdadera, correcta y completa. Por el presente autorizo a divulgar la información contenida y adjunta a esta solicitud, como así también cualquier información escrita o verbal adicional que pueda obtenerse en relación con este proceso de revisión, a cualquier otra parte de esta revisión, incluido el ex empleador del empleado y el plan de salud. También autorizo a las personas que participan en el procesamiento de esta revisión a compartir con otras personas la información según consideren necesario para la resolución de esta revisión.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_

### **Aviso Sobre la Ley de Privacidad**

La Ley de Privacidad de 1974 exige que, cuando le solicitamos información, le demos a conocer nuestro derecho legal para 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, P.L. 111-5, según enmendada por la Ley de Apropiaciones del Departamento de Defensa, 2010, P.L. 111-118, la Ley de Extensión Temporal de 2010, P.L. 111-144, y la Ley de Extensión Continua de 2010, P.L. 111-157. Solicitamos esta información en cumplimiento con las disposiciones de ARRA y para permitir a la Secretaría de Trabajo tomar una decisión de 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.

Mientras que el sometimiento de información a través del web es seguro, 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, puede estar sujeto a persecución criminal 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 penalidades.

### **Declaración de la Ley de Reducción de Papel**

Conforme a la Ley de Reducción de Papel 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, según enmiendas realizadas por la Ley de Apropiaciones del Departamento de Defensa, 2010, P.L. 111-118, la Ley de Extensión Temporal de 2010, P.L. 111-144, y la Ley de Extensión Continua de 2010, P.L. 111-157). Por favor envíe comentarios sobre el estimado de gravamen o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluso sugerencias para reducir este gravamen 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.

# Instrucciones para la Solicitud al Departamento de Trabajo de los Estados Unidos para revisión acelerada de la denegación de la reducción en la prima de COBRA conforme a lo dispuesto por la Ley de Recuperación y Reinversión Estadounidense de 2009

Por favor suministre la información requerida donde aparezca un asterisco(\*). El resto de la información es opcional, pero ayudará al Departamento en la revisión.

**Información de contacto:** Por favor complete los espacios, si somete la solicitud por correo o fax, ingrese una letra o número por encasillado. Por favor complete en letra de molde clara como se demuestra.

*Nombre		Sr.	<input checked="" type="checkbox"/>	Sra.	<input type="checkbox"/>	Srta.	<input type="checkbox"/>															
Apellido										Nombre										Inicial del segundo nombre		
S	M	I	T	H						J	O	H	N									
*Dirección																						
1	2	3	4		M	A	P	L	E	L	A	N	E									
*Ciudad															Estado			Código postal				
C	U	A	L	Q	U	I	E	R	A							S	T	9	8	7	6	5

**Líneas D1-D4** Cuando agregue información sobre sus dependientes, por favor recuerde que se debe completar una solicitud por separado para cualquier familiar cuya información no sea idéntica a la información que usted provee.

Por favor conteste las preguntas 1 a 10 colocando una X en la casilla correspondiente (X).

**Pregunta no. 1** Responda SÍ a esta pregunta si estuvo cubierto por el plan de salud grupal. Si no estuvo inscrito pero debería haberlo estado, responda NO ESTOY SEGURO y explique las circunstancias en la sección Otra información al final de la solicitud. También responda que SÍ si usted contaba con cobertura de un plan de salud de grupo del empleador el día antes de que el empleado fuera objeto de una reducción de horas en su empleo en cualquier momento durante el periodo del 1º de septiembre de 2008 al 31 de mayo de 2010. Si adquirió un nuevo dependiente (o dependientes) por nacimiento, adopción o proceso de adopción en cualquier momento después de la fecha del evento calificador e hizo una solicitud de inscripción oportuna especial del nuevo dependiente, responda SÍ a esta pregunta.

**Pregunta no. 2** Responda SÍ si la terminación de empleo del empleado ocurrió entre el 1 de septiembre de 2008 y el 31 de mayo de 2010. Responda NO si la terminación de empleo ocurrió antes del 1 de septiembre de 2008 o después del 31 de mayo de 2010.

**Pregunta no. 3** Responda SÍ si actualmente posee un plan de salud, si su ex empleador fue adquirido por otra empresa que brinde beneficios de salud grupal, o si el ex empleador del empleado era “un gremio o un comercio” bajo control común. El negocio adquirido u otros empleadores en el grupo de control tal vez deban ofrecerle cobertura de continuación bajo COBRA. Si estas situaciones no describen su plan de salud, responda NO a esta pregunta. Si responde NO, tal vez no tenga plan del cual obtener la cobertura de continuación según COBRA. Si es así, la reducción de prima no sería aplicable.

**Pregunta no. 4** A los fines de la reducción de prima, los eventos calificadores de COBRA como divorcio, separación legal, derecho a Medicare, un hijo deje de ser dependiente según los términos del plan, o muerte del empleado, no constituyen terminación de empleo.

La ARRA y sus enmiendas también disponen que las personas que perdieron la cobertura debido a un suceso calificador que haya sido una reducción de horas que ocurrió en cualquier momento entre el 1º de septiembre

de 2008 y el 31 de mayo de 2010, pueden ser elegibles para la reducción de primas si el empleado es luego despedido involuntariamente el día 2 de marzo de 2010 o en fecha posterior hasta el 31 de mayo de 2010. La asistencia con primas para estas personas comienza con el primer periodo de cobertura después del despido del empleado (que ocurra el día 2 de marzo de 2010 o en fecha posterior hasta el 31 de mayo de 2010). También se les provee a estas personas una nueva oportunidad de elección, si no eligieron (o eligieron y descontinuaron) COBRA. Un suceso calificador de reducción de horas ocurre cuando el empleado y su familia pierden la cobertura debido a que las horas del empleado fueron reducidas o el empleado ya no trabaja la cantidad de horas requeridas por el plan para mantener la cobertura médica de grupo aunque aun mantiene su empleo.

**Pregunta no. 5** Para ser elegible para la reducción de la prima de COBRA, la pérdida de trabajo del empleado debe haber sido involuntaria. Se determinará si la terminación de empleo es involuntaria o no en base a todos a los hechos y circunstancias relevantes. Ejemplos de situaciones que pueden constituir una terminación de empleo involuntario se enumeran en la pregunta 5. Para obtener ayuda para determinar si otras situaciones constituyen terminación de empleo involuntario, consulte las pautas del IRS en [www.irs.gov/pub/irs-drop/n-09-27.pdf](http://www.irs.gov/pub/irs-drop/n-09-27.pdf). Marque el encasillado correspondiente que describa su situación. Si ninguno de los ejemplos describe su terminación de empleo, responda SÍ en el punto 5f y describa las circunstancias de su terminación de empleo en **Otra información** al final de esta solicitud. Además, tenga en cuenta lo siguiente: Un empleado y sus dependientes tal vez no sean elegibles para la cobertura de continuación bajo COBRA si el empleado fue terminado de su empleo por conducta crasa impropia.

**Pregunta no. 6** Si estuvo trabajando para un empleador del sector privado, responda NO.

Planes gubernamentales: Si sus beneficios eran provistos por el gobierno federal (bajo la Continuidad de Cobertura Temporal (TCC) de FEHBP), un plan del gobierno estatal o local (tal como una escuela pública, un colegio o universidad pública o el departamento de policía o de bomberos), 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.ContinuationCoverage.net](http://www.ContinuationCoverage.net).

Planes de entidades religiosas: Si sus beneficios eran provistos por el plan de una iglesia (incluidas organizaciones religiosas, guarderías infantil, hospitales u otros establecimientos operados por organizaciones religiosas), no estarían sujetos a exigencias de continuidad de cobertura de COBRA bajo COBRA Federal y el Departamento del Trabajo no tiene jurisdicción sobre el plan para emitir una carta de determinación. Si un plan patrocinado por una iglesia o una organización religiosa elige proveer beneficios COBRA en ausencia de una exigencia legal, los participantes no reunirán los requisitos para recibir ninguna reducción de primas COBRA de ARRA (vea el Aviso de IRS 2009-27, Q & A 16).

Los planes de entidades religiosas pueden estar sujetos a las leyes estatales de continuidad. Usted debe verificar con el departamento de seguros de su estado si su estado tiene una ley de continuidad de cobertura que cubriría a un plan de una entidad religiosa. Usted puede encontrar la información de contacto del departamento de seguros de su estado en la página web de los Comisionados de la Asociación Nacional de Seguros en: [http://www.naic.org/state\\_web\\_map.htm](http://www.naic.org/state_web_map.htm). Si usted cree que su plan patrocinado por una iglesia está sujeto a la continuidad estatal, puede presentar una apelación al HHS (vea arriba).

**Pregunta no. 7** La respuesta se basa en la cantidad de empleados que usted cree que tuvo su empleador. Reconocemos que tal vez usted no tenga la información para confirmar esta respuesta. Generalmente, COBRA Federal solamente aplica a planes de salud grupales 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 a tiempo completo y parcial.

Favor de notar: 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.ContinuationCoverage.net](http://www.ContinuationCoverage.net) para determinar si la ley del estado se aplica a su cobertura y si puede presentar una solicitud de revisión ante el HHS.

**Pregunta no. 8** Si se le ofreciera cobertura de continuación 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 a partir de un evento calificador y debe incluir información para ayudarlo a entender la cobertura COBRA, incluyendo el nombre del administrador del plan COBRA. Si recibió el aviso, responda Sí. Se le debe otorgar un período de elección de 60 días como mínimo (comenzando con la fecha más tarde entre la fecha en que se le envió el aviso o en la fecha en que usted perdería la cobertura), para escoger si desea o no la cobertura de continuación COBRA. ¿Le informó a su plan que eligió la cobertura de continuación COBRA? De ser así, responda Sí. Si usted solicitó la cobertura de continuación COBRA pero se le denegó, su plan deberá brindar un aviso dentro de 14 días posteriores al recibo 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 la sección **Otra información** al final de la solicitud y adjunte copia del aviso con su solicitud.

Tenga en cuenta que ARRA añadió un segundo período de elección para algunas personas que experimentaron una terminación de empleo involuntario entre el 1 de septiembre de 2008 y el 17 de febrero de 2009. Si estas personas no eligieron la cobertura de continuación COBRA en la primera oportunidad, o eligieron la cobertura de continuación COBRA pero la discontinuaron, tienen una segunda oportunidad para optar por ella.

La ARRA, según su enmienda, también agregó un segundo periodo de elección para algunas personas que perdieron la cobertura debido a un suceso calificador que haya sido una reducción de horas ocurrida en cualquier momento entre el 1° de septiembre de 2008 y el 31 de mayo de 2010, seguido del cese en el empleo involuntario del empleado el día 2 de marzo de 2010 o en fecha posterior hasta el 31 de mayo de 2010. Si estas personas no eligieron la continuidad de cobertura COBRA en la primera oportunidad que se les dio, o eligieron la continuidad de cobertura COBRA pero la discontinuaron, tienen una segunda oportunidad de elegir la continuidad de cobertura COBRA.

**Pregunta no. 9** Responda Sí, si recibió un aviso de COBRA o avisos adicionales que contenían la información indicada en esta pregunta.

Si se le denegó la reducción de la prima de COBRA completamente o en parte, su plan debe haberle provisto una notificación por escrito indicando la razón 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 la sección **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 no. 10** Responda Sí, si usted es *elegible para la cobertura* bajo un plan de salud grupal Medicare. Si responde Sí a esta pregunta, usted 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 sea elegible para Medicare u otra cobertura de salud grupal. Si no lo hace, estará sujeto a una penalidad contributiva de del 110% de la cantidad de cualquier reducción en 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 a utilizar en esta solicitud. Adjunte copia del aviso de COBRA a su solicitud.

**Otra información** Por favor suministre la información que le brindaron sobre las razones por las cuales le denegaron la cobertura de continuación de COBRA y/o reducción de prima, como así también cualquier otra información que usted considere importante que el Departamento de Trabajo conozca a fin de evaluar su solicitud.

**Anejos** Como la revisión del Departamento no puede comenzar hasta que tengamos una solicitud completa, por favor 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 aplica: Su aviso de elección de COBRA, su Solicitud de tratamiento cómo 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 terminación de empleo del empleado y cualquier documentación que haya recibido relacionada con la denegación de la reducción de prima.

Si somete anejos para esta solicitud luego de haberla sometido, o si envía por fax o por correo anejos para una solicitud que sometió en línea, asegúrese de indicar su nombre en letra de molde y su número de teléfono en la primera página de todos los documentos que envíe. Si usted sabe su número de identificación de control indíquelo también en letra de molde.