

Cobertura de Jubilación y Atención de Salud...



Preguntas y Respuestas para Trabajadores Desplazados

Departamento de Trabajo de los EE.UU.
Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado

Esta publicación ha sido desarrollada por el Departamento de Trabajo de los EE.UU. y la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado.

Se encuentra disponible en sitio Web de la agencia en:

www.dol.gov/ebsa

Para un listado completo de todas las publicaciones de la agencia, llame a nuestro número gratuito **1-866-444-3272**. También puede enviar un correo electrónico a **www.askebsa.dol.gov**.

Este material estará disponible en formatos alternativos según solicitud.

Teléfono de voz: **(202) 693-8664**

TTY: **(202) 501-3911**

Este cuadernillo es una pequeña guía de cumplimiento de la entidad para efectos de la Ley de Aplicación de Regulaciones de Pequeños Negocios de 1996.

Revisado junio 2011

Cobertura de Jubilación y Atención de Salud...



Preguntas y Respuestas para Trabajadores Desplazados

Departamento de Trabajo de los EE.UU.
Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado

Contenido

Introducción.....	1
Protegiendo sus Beneficios de Jubilación y de Salud.....	3
Manteniendo su Cobertura de Salud.....	5
HIPAA – Inscripción en Otro Plan.....	7
Inscripción especial en el plan del cónyuge	
Exclusiones por condiciones preexistentes	
Cómo evitar una ruptura importante en la cobertura	
Prueba de cobertura anterior	
COBRA – Continuando en su Plan Anterior.....	17
¿Quiénes ofrecen la cobertura COBRA?	
Elección y pago de la cobertura	
Cuánto tiempo dura la cobertura de COBRA	
La Ley de Ayuda de Ajuste Comercial de 2002	
Seguro de Salud Individual Privado.....	27
ERISA – Protegiendo sus Activos de Jubilación.....	29
Acceso a los fondos de jubilación	
Consecuencias de un retiro adelantado	
Seguridad de los activos de jubilación	
Mayor Información.....	39

Introducción

Los cierres de fábricas y negocios, las reducciones en el tamaño de las empresas y las reducciones de horas de trabajo afectan a los empleados de muchas maneras adversas. Los trabajadores pierden un ingreso, la seguridad de un trabajo estable y, con frecuencia, los beneficios de salud y jubilación que acompañan al trabajo a tiempo completo. Como trabajador(a) desplazado(a) usted puede tener muchas preguntas, algunas de ellas referentes a sus beneficios de salud y jubilación. Por ejemplo, *¿Tengo acceso a mis fondos de jubilación? ¿Qué pasa con mis beneficios de salud? ¿Puedo seguir teniendo cobertura de salud hasta que encuentre otro trabajo?*

Usted puede tener derechos a ciertas protecciones de la jubilación y beneficios de salud aún cuando se quede sin trabajo. Si su empresa proporcionaba un plan de salud grupal, usted podría tener derecho a la continuación de los beneficios de salud por un período de tiempo si no encuentra un trabajo inmediatamente. Cuando usted encuentra un nuevo trabajo, puede tener menos barreras para obtener la cobertura de salud. Y con un cambio de empleo, usted debe entender de qué manera se afectan sus beneficios de jubilación. Conocer sus derechos puede ayudarle a protegerse a sí mismo y a su familia hasta que vuelva a trabajar a tiempo completo.

Este folleto enfoca algunas de las preguntas más comunes que hacen los trabajadores desplazados. Además, hay una pequeña guía para recursos adicionales en la parte posterior. Juntamente, pueden ayudarlo a tomar decisiones importantes acerca de su cobertura de salud y sus beneficios de jubilación.

Protegiendo sus Beneficios de Jubilación y de Salud

La Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (EBSA, por sus siglas en inglés) hace cumplir y administra la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 (ERISA, por sus siglas en inglés), la misma provee un número de derechos y responsabilidades para los participantes en planes de jubilación y salud del sector privado y sus beneficiarios.

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés) proporciona protecciones importantes para millones de trabajadores estadounidenses y sus familias que necesitan mantener la cobertura de salud entre los trabajos o limitar las exclusiones por condiciones preexistentes bajo un nuevo plan de salud.

La Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA, por sus siglas en inglés) proporciona a los trabajadores el derecho de continuar con su cobertura de salud por un tiempo limitado después de perder el empleo.

La Ley de Cuidado de Salud de Bajo Precio (ACA, por sus siglas en inglés) proporciona protecciones adicionales. Por ejemplo, ACA provee Planes de Seguro para Condiciones Preexistentes (PCIPs, por sus siglas en inglés) que podría ayudarle. Con la excepción a las referencias al PCIPs, esta publicación no refleja el pasaje de La Ley de Cuidado de Salud de Bajo Precio. Para más información, visite la página Web del Departamento de Trabajo en www.dol.gov/ebsa/healthreform/. También visite el sitio Web del Departamento de Salud

y Servicios Sociales (HHS, por sus siglas en inglés) en **www.cuidadodesalud.gov**.

Las siguientes preguntas y respuestas se refieren a estas leyes y de qué manera pueden afectarlo a usted.

Manteniendo su Cobertura de Salud

Una de las primeras preguntas que hace un(a) trabajador(a) desplazado(a) es: ¿Qué pasa con mi cobertura de salud?

Tanto HIPAA como COBRA pueden proporcionarle una manera de continuar con la cobertura. Recuerde, usted, su cónyuge, y sus dependientes, tiene cada uno el derecho de decidir entre diversas opciones para continuar con la cobertura de salud. Por ejemplo, usted puede inscribirse en el plan de su cónyuge mientras que uno de sus dependientes puede elegir la cobertura de COBRA a través del plan de su empleador anterior.

Al conocer bien HIPAA y COBRA, usted puede tomar decisiones informadas que lo mantendrán a usted y su familia cubiertos.

HIPAA – Inscripción en Otro Plan

HIPAA ofrece protecciones a las personas que pierden su empleo y su cobertura de salud. Cuando usted encuentra un nuevo empleo que ofrece beneficios de salud, HIPAA le permite inscribirse en el plan con menos restricciones. El marco general de protección de la ley:

- Proporciona oportunidades adicionales para inscribirse en un plan grupal de salud si usted pierde otra cobertura o experimenta determinados eventos en la vida;
- Limita la probabilidad de que el plan del nuevo empleador pueda excluir la cobertura por condiciones preexistentes.
- Prohíbe la discriminación contra los empleados y sus dependientes basada en cualquier factor de salud que puedan tener, incluyendo condiciones médicas previas, experiencia de reclamos previos, e información genética; y
- Garantiza que determinadas personas tendrán acceso, y podrán renovar, sus pólizas individuales de seguro de salud.

Para la cobertura de salud garantizada, HIPAA puede complementarse con leyes estatales que ofrecen protecciones adicionales. Revise los documentos de su plan o pregúntele al administrador de su plan para saber si su plan está asegurado. Si estuviera asegurado, póngase en contacto con la oficina del comisionado de seguros estatal para saber lo que proporciona la ley del Estado.

Las siguientes preguntas explican de qué manera puede ayudarle HIPAA.

P *Me he quedado sin trabajo. ¿Existe alguna forma para que yo pueda obtener cobertura de salud para mí y mi familia?*

R Con frecuencia, la opción más económica para mantener la cobertura de salud es la inscripción especial. Si estuviera disponible otra cobertura de salud grupal (por ejemplo, por medio del plan proporcionado por el empleador del cónyuge) se debe considerar la inscripción especial en dicho plan. Esto le permite a la persona y su familia una oportunidad para inscribirse en un plan para el cual son elegibles, sin consideración de los períodos de inscripción. Sin embargo, para calificar, la inscripción debe solicitarse dentro de los 30 días de perder la elegibilidad para otra cobertura.

Después que usted solicita la inscripción especial debido a la pérdida de elegibilidad para otra cobertura, su cobertura comenzará en el primer día del siguiente mes.

Usted y su familia tiene cada uno un derecho independiente de elegir la inscripción especial. En los materiales del plan que usted recibió cuando se le ofreció inicialmente la oportunidad de inscribirse en el plan debe estar incluida una descripción de los derechos especiales de inscripción.

Los derechos especiales de inscripción también surgen en caso de matrimonio, nacimiento, adopción, o colocación para adopción. Usted debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días de ocurrido el evento. En la inscripción especial como

resultado de un nacimiento, adopción, o colocación para adopción, la cobertura es retroactiva a la fecha del acontecimiento. En el caso de matrimonio, la cobertura comienza en el primer día del mes siguiente.

Un derecho de matrícula especial también surge para empleados y sus dependientes que pierden la cobertura bajo el Programa Estatal de Seguro de Salud para Menores (CHIP, por sus siglas en inglés) o Medicaid o aquellos que reúnan los requisitos para recibir asistencia con las primas bajo esos programas. El empleado o dependiente debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días de la pérdida de la cobertura o las determinación de la elegibilidad para la asistencia con las primas. Usted puede ser elegible para asistencia bajo CHIP o Medicaid para pagar sus primas de su plan grupal de salud. Para más información sobre CHIP, vea el capítulo sobre seguridad privada de salud individual en página 27.

P *¿Qué cobertura obtendré cuando me acoja a una oportunidad de inscripción especial?*

R A las personas inscritas especiales se les debe ofrecer los mismos beneficios disponibles que si se estuviera inscribiendo por primera vez. No se le puede exigir pagar más por la misma cobertura o tener períodos de exclusión por condiciones preexistentes de mayor duración que a otras personas que se afiliaron cuando fueron elegibles por primera vez para el plan.

P *¿Qué es un período de exclusión por condición preexistente?*

R Una de las cosas más importantes que brinda HIPAA es que ayuda a aquellas personas con condiciones preexistentes para que obtengan cobertura de salud. Bajo HIPAA, un plan podrá revisar solamente los 6 meses anteriores para una condición existente antes del comienzo de la cobertura en un plan grupal de salud. Si durante ese período de tiempo se hubiera recomendado o recibido consejo médico, diagnóstico, atención o tratamiento para una condición, el plan puede imponer un período de exclusión por condición preexistente. Esto significa que la condición podría no ser cubierta por un determinado período de tiempo. Sin embargo, usted puede seguir siendo elegible para los otros beneficios del plan.

Por ejemplo, puede haber tenido artritis por muchos años antes de comenzar en su trabajo actual. Si usted no recibió ni se le recomendó consejo médico, diagnóstico, atención o tratamiento - en los 6 meses previos a que se afiliara en el plan, la condición previa no puede estar sujeta a un período de exclusión. Si usted sí recibió consejo médico, diagnóstico, atención, o tratamiento dentro de los últimos 6 meses, el plan puede imponerle una exclusión por condición preexistente de artritis.

Sin embargo, los planes no pueden aplicar períodos de exclusión por condiciones preexistentes en casos de embarazo, información genética, o condiciones que tienen los niños que se inscriben en la cobertura de salud dentro de los 30 días siguientes al nacimiento, adopción o colocación para adopción.

P *Tengo una condición preexistente que podría ser excluida bajo la HIPAA. ¿Cómo puede determinar mi nuevo plan la duración del período de exclusión para mi condición preexistente?*

R El tiempo máximo de exclusión para una condición preexistente es de 12 meses después de su fecha de inscripción (18 meses si se trata de una inscripción tardía, de alguien que no se inscribió en el plan de salud del empleador en la primera oportunidad o por medio de una inscripción especial). Sepa que algunos planes pueden tener un período de exclusión más corto o pueden no tener ninguno.

Generalmente, usted puede reducir la duración del período de exclusión por una condición preexistente demostrando que había tenido cobertura de salud anteriormente, o “cobertura acreditable”. La mayor parte de los tipos de cobertura pueden ser usados como cobertura acreditable, tales como la participación en un plan de salud grupal, HMO, COBRA, Medicare, Medicaid, o una póliza individual de seguro.

El período de exclusión máximo por condición preexistente bajo el plan se compensa y puede ser eliminado por la cantidad de su cobertura acreditable. En tanto usted no tenga una interrupción en la cobertura de 63 días o más, su cobertura acreditable puede ser utilizada para reducir el período de exclusión de la condición preexistente. Cualquier cobertura que usted tuviera antes de una interrupción de 63 días o más no contará como cobertura acreditable.

Por ejemplo, si tuvo 9 meses de cobertura acreditable y no tuvo ninguna interrupción en la cobertura de 63 días o más antes de inscribirse en un nuevo plan, su período de exclusión preexistente se reduciría del máximo de 12 meses a 3 meses. Si, en cambio, usted tuvo 15 meses de cobertura acreditable sin una interrupción de 63 días o más, usted puede compensarla totalmente y eliminar el período de exclusión.

P *¿Cuánto tiempo puedo estar sin cobertura entre uno y otro empleo si deseo reducir la duración del período de exclusión de una condición preexistente?*

R Si usted se encuentra entre dos empleos y no tiene cobertura de salud por 63 días o más, entonces podría perder la capacidad de usar la cobertura que tenía antes de la interrupción para compensar un período de exclusión por condición preexistente en un nuevo plan de salud.

Siempre y cuando la interrupción no sea mayor de 63 días, usted no tendrá ninguna interrupción significativa. Puede contar diferentes períodos de cobertura previa que tuvo para acumular 12 meses de cobertura acreditable (18 meses para personas inscritas en forma tardía). Por ejemplo, si usted tuvo 6 meses de cobertura de un plan de salud grupal y una interrupción de 30 días en la cobertura, seguido de 8 meses más de cobertura, ambos períodos previos de cobertura de salud se pueden contar acumulados. En este ejemplo, usted tendría 14 meses de cobertura acreditable para compensar un período de exclusión por condición preexistente.

P *¿Cómo puedo evitar esta interrupción considerable de 63 días?*

R Hay varias maneras. Usted puede:

- Inscribirse en forma especial en el plan grupal de su cónyuge, si el mismo permite la inscripción de los miembros de la familia.
- Inscribirse en la continuidad de cobertura de COBRA. Probablemente usted tendrá que pagar por esta cobertura temporal para usted y cualquier miembro de su familia que estuviera incluido en su anterior plan, pero COBRA puede impedir o reducir una interrupción en la cobertura. Para conocer más sobre este tema, consulte el capítulo sobre COBRA en la página 17.
- Comprar una póliza de seguro de salud. Vea la página 27.

Puede ponerse en contacto con la oficina del comisionado de seguros estatal para enterarse sobre el fondo de alto riesgo para quienes no pueden obtener beneficios de salud de otra manera. O visite **www.cuidadodesalud.gov/enes/law/provisions/preexisting/index.html** para información sobre el programa federal - Planes de Seguro para Condiciones Preexistentes.

P *¿Cómo demuestro que tengo cobertura acreditable?*

R Puede demostrarlo por medio de un “certificado de cubierta acreditable”. Se trata de un documento que demuestra sus anteriores períodos de cubierta, las fechas en las que comenzaron y terminaron, la información de contacto de su antiguo plan, e información acerca de sus derechos HIPAA. Al perder la cubierta de salud, usted debe recibir automáticamente un certificado de su plan de salud, HMO, o empresa de seguros de salud. También puede solicitar un certificado antes de perder la cubierta. HIPAA exige que los planes de salud emitan certificados aún en el caso de que no excluyan la cubierta para condiciones preexistentes.

P *He recibido el certificado que me ha entregado mi plan anterior. ¿Qué hago ahora?*

R Usted debe:

- Comprobar que la información sea exacta. Ponerse en contacto con el administrador de su antiguo plan si encuentra algún error en el certificado.
- Guardar el certificado en lugar seguro en caso que lo necesite. Será necesario si su nuevo plan de salud grupal impone períodos de exclusión por condiciones preexistentes o si usted compra una póliza de seguro individual.

P *¿Y si tuviera dificultades para obtener un certificado de mi (próximo a ser) plan de salud grupal de mi antiguo empleador?*

R Si usted tiene problemas para obtener un certificado, su nuevo plan de salud grupal debe aceptar otra evidencia de cobertura acreditable, si es que la tuviera. Es importante, por lo tanto, mantener registros exactos que puedan ser utilizados para establecer períodos de cobertura acreditable. Dicha evidencia puede incluir:

- Recibos de remuneraciones que reflejen una deducción para primas de cobertura de salud;
- Explicación de formularios de beneficios (EOB, por sus siglas en inglés);
- Copias de los pagos de primas u otros documentos que demuestren la evidencia de cobertura; y
- Verificación por parte de un médico de su antiguo plan.

P *¿Puede mi nuevo plan de salud grupal denegarme o cobrarme más por cobertura debido a mi estado de salud?*

R No. Un plan de salud no puede negarle a usted y su familia la elegibilidad o beneficios debido a determinados factores de salud. Estos factores de salud incluyen: estado de salud, condiciones médicas físicas y mentales, experiencia de

reclamos, recibo de atención médica, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad y incapacidad.

El plan tampoco puede cobrarle más que lo que cobraría a otras personas de situación similar debido a estos factores de salud. Sin embargo, el plan puede distinguir entre empleados sobre la base de clasificaciones de empleo, tal como aquellos que trabajan a tiempo parcial o en otra área geográfica, y establecer diferentes beneficios o primas para dichos grupos diferentes.

COBRA – Continuando en Su Plan Anterior

Otra manera de mantener la cobertura de salud entre un empleo y otro es elegir la cobertura de continuidad de COBRA.

Los trabajadores desplazados pueden perder la cobertura de salud de su anterior empleador, pero pueden tener el derecho de continuar la cobertura bajo ciertas condiciones. Las reglas para la continuidad en salud promulgadas bajo COBRA se aplican a los trabajadores desplazados y sus familias así como a trabajadores que cambian de empleo o trabajadores cuyas horas de trabajo han sido reducidas, ocasionándoles que pierdan su elegibilidad para la cobertura de salud. Sin embargo, esta cobertura es temporaria y el costo puede estar a cargo del empleado.

Para ser elegible para la cobertura de COBRA, usted debe haber estado inscrito en el plan de salud de su empleador cuando estuvo trabajando y el plan de salud debe continuar vigente para los empleados activos. Además, debe tomar ciertas medidas para inscribirse en la continuidad de beneficio de COBRA.

P *¿A qué empleadores se les exige que ofrezcan cobertura COBRA?*

R A los empleadores con 20 o más trabajadores generalmente se les exige que ofrezcan cobertura COBRA y que notifiquen a sus empleados sobre la disponibilidad de dicha cobertura. COBRA se aplica a los empleados del sector privado y a la mayoría de empleados estatales y gobiernos locales. Además, muchos Estados tienen leyes similares a COBRA. Verifique con la oficina del comisionado de seguros estatal para ver si dicha cobertura está disponible para usted.

P *¿Qué pasa si la compañía cerró o se declaró en bancarota y no existe un plan de salud?*

R Si ya no hubiera un plan de salud, no habrá cobertura de COBRA disponible. Sin embargo, si hubiera algún otro plan que ofrece la empresa, usted **podría** ser elegible para estar cubierto bajo dicho plan. Los miembros de sindicatos que están cubiertos por un acuerdo de negociación colectiva que proporciona un plan médico también pueden tener derecho a la continuidad de cobertura.

P *¿Cómo puedo averiguar acerca de la cobertura de COBRA y cómo elijo tomarla?*

R Los empleadores o administradores de planes de salud deben proporcionar un *aviso general* inicial si usted tuviera derechos a los beneficios de COBRA. Probablemente usted recibió el aviso inicial acerca de la cobertura de COBRA cuando se le contrató.

Cuando usted ya no es elegible para la cobertura de salud, su empleador le debe dar un *aviso específico* referente a sus derechos para los beneficios de continuidad de COBRA. Esta es la secuencia de eventos:

Primero, los empleadores deben notificar a sus administradores del plan **dentro de 30 días** después del cese del trabajo del empleado o después de una reducción de horas de trabajo que ocasione que el empleado pierda beneficios de salud.

Luego, el administrador del plan debe notificar a los empleados individualmente *y sus dependientes cubiertos* sobre su derecho de elegir la cobertura

de COBRA **dentro de 14 días** después que el administrador haya recibido la notificación por parte del empleador.

Finalmente, usted **debe** responder a esta notificación y elegir la cobertura de COBRA **hasta el 60vo día después que le fue enviada la notificación escrita o el día en que cesó su cobertura de atención de salud, lo que ocurra en último término.** De lo contrario, perderá todos los derechos a los beneficios de COBRA. El cónyuge o la cónyuge e hijos dependientes cubiertos bajo su plan de salud tienen derecho independiente para elegir la cobertura de COBRA al finalizar su relación laboral o reducción de horas. Si, por ejemplo, usted tiene un miembro de su familia con una enfermedad al momento de su despido, solo esa persona puede elegir la cobertura.

La Ley de Mejora de la Cobertura de Salud de Ayuda de Ajuste Comercial (TAA, por sus siglas en inglés) de 2002 realizó enmiendas en COBRA para proveer a ciertos trabajadores afectados por el comercio una segunda oportunidad de elegir la continuación de cobertura COBRA. Las personas elegibles para ayuda de ajuste comercial (TAA) o ayuda de ajuste comercial alternativa (ATAA) que no eligieron COBRA durante el periodo general de elección pueden obtener un segundo periodo de elección. Este segundo periodo adicional se mide a los 60 días del primer día del mes en el que se determine que una persona es elegible para TAA. Por ejemplo, si se agota el periodo de elección general de una persona y se determina que dicha persona es elegible para TAA a los 61 días de haber dejado su empleo, a principios de mes, tendría

aproximadamente 60 días más para elegir COBRA. Sin embargo, si no se determina que esta misma persona sea elegible para TAA hasta fin de mes, los 60 días se miden aún a partir del primer día del mes, dándole a la persona efectivamente alrededor de 30 días. Asimismo, la Ley de Comercio de 2002 agregó otro límite para el segundo periodo de elección. Se debe realizar una elección de COBRA a más tardar 6 meses después de la fecha de la pérdida de cobertura relacionada con la TAA. La cobertura COBRA elegida durante el segundo periodo de elección comienza, típicamente, el primer día de dicho periodo. Para obtener más información acerca de la Ley de Ajuste Comercial, visite <http://www.doleta.gov/tradeact/>.

P *¿Si yo elijo COBRA, cuánto debo pagar?*

R Cuando usted era un empleado activo, su empleador puede haber pagado todo o parte de las primas de su seguro de salud grupal. Bajo COBRA, como ex empleado que ya no recibe beneficios, usted generalmente pagará toda la prima, esto es, la prima que usted pagaba como empleado activo **más** la cantidad de la contribución hecha por su empleador. Además puede haber un costo administrativo de 2 por ciento.

Si bien las tasas de COBRA pueden parecer altas, usted estaría pagando tarifas de primas de seguro grupal, que generalmente son más bajas que las tarifas individuales.

Como es probable que exista un lapso de un mes o más entre la fecha de despido y el momento en que usted tome la decisión de elegir COBRA, es posible

que tenga que pagar las primas de salud de manera retroactiva, desde el momento de la separación del empleo con la compañía. La primera prima, por ejemplo, cubrirá todo el tiempo desde su último día de trabajo con su anterior empleador.

Usted también debe saber que es su responsabilidad pagar por la cobertura de COBRA aunque no reciba un estado de cuenta mensual.

Aunque no se les exige hacerlo, algunos empleadores pueden subsidiar la cobertura de COBRA.

P *¿Cuándo comienza la cobertura de COBRA?*

R Una vez que usted escoge la cobertura y la paga, la cobertura de COBRA comienza en la fecha en que terminó su cubierta médica. Esencialmente, es retroactiva. Además, la cubierta médica que usted recibe es la misma que la de los empleados activos.

P *¿Cuánto tiempo dura la cobertura de COBRA?*

R Generalmente, las personas que califican inicialmente están cubiertos por un máximo de 18 meses, pero la cobertura puede terminar antes bajo determinadas circunstancias. Dichas circunstancias incluyen:

- Las primas no han sido pagadas a tiempo;
- Su antiguo empleador decide discontinuar por completo el plan de salud;

- Usted obtiene cobertura con otro plan grupal de salud de otro empleador; (Puede haber alguna excepción si el plan de salud de su nuevo empleador excluye o limita los beneficios para una condición “preexistente”, básicamente una condición médica existente antes de que usted se inscribiera en el plan. Por favor consulte el análisis sobre HIPAA en la página 9.)
- Usted adquiere derechos para los beneficios de Medicare.

Los empleadores pueden ofrecer períodos de tiempo más largos de cobertura COBRA pero solamente están requeridos a hacerlo bajo circunstancias especiales, tales como incapacidad (suya o de un miembro de su familia), su fallecimiento o divorcio, o cuando su hijo(a) deja de tener la condición de dependiente según el plan de salud.

P *¿Quién puede responder a otras preguntas relacionadas con COBRA?*

R La administración de COBRA es compartida por tres agencias federales. El Departamento de Trabajo (DOL, por sus siglas en inglés) se ocupa de preguntas sobre derechos de notificación bajo COBRA de empleados del sector privado. El Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés) atiende las preguntas relacionadas con los trabajadores estatales y de gobiernos locales. El Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés), como parte del Departamento del Tesoro, tiene otra jurisdicción de COBRA.

Más detalles sobre la cobertura de COBRA están en la página Web dedicada a COBRA en **www.dol.gov/COBRA** y también se incluyen en el folleto **Una Guía para el Empleado sobre los Beneficios de Salud bajo COBRA**. Para recibir una copia, llame el 1-866-444-3272. También puede ponerse en contacto con la oficina de EBSA más cercana a su domicilio en este mismo número. Para obtener los números telefónicos de las oficinas de HHS e IRS más cercanas a su domicilio, llame al Centro de Información Federal al **1-800-688-9889** o visite la página Web **www.usa.gov/gobiernousa/index.shtml**.

Beneficios posibles bajo la Ley de Ayuda de Ajuste Comercial de 2002

La Ley de Ayuda de Ajuste Comercial de 2002 (TAA, por sus siglas en inglés) creó nuevos programas que pueden ayudar a determinados trabajadores desplazados. La TAA proporciona asistencia a dos grupos: (1) trabajadores que pierden su empleo debido a los efectos del comercio internacional (personas elegibles-TAA) y (2) jubilados que están recibiendo pagos de jubilación de la Pension Benefit Guaranty Corporation (PBGC, por sus siglas en inglés) debido a que ha asumido su plan de pensión (personas elegibles - PBGC).

Por medio de subsidios a los estados, las personas elegibles de la TAA pueden ser elegibles para subsidios de capacitación, búsqueda de empleo y reubicación, y apoyo de ingresos mientras se encuentran en capacitación. Los fondos de la TAA se asignan a los estados a lo largo del año. Para verificar la condición de la TAA en su estado, visite la página Web **www**.

doleta.gov/tradeact o llame al Centro de Llamadas Telefónicas de la TAA en el Departamento de Trabajo al **1-877-US2-JOBS**.

Además, la TAA creó el Crédito Tributario para Cobertura de Salud (HCTC, por sus siglas en inglés), un crédito tributario por adelantado de hasta 65 por ciento de las primas pagadas para determinados tipos de coberturas de seguro de salud (incluyendo la cobertura COBRA). El HCTC puede estar disponible tanto para personas elegibles de la TAA como para las personas elegibles de la PBGC que tengan por lo menos 55 años de edad pero que todavía no sean elegibles para Medicare.

Las personas que son elegibles para el HCTC pueden elegir que el monto del crédito sea pagado mensualmente a su proveedor de cobertura de salud conforme vence, o pueden reclamar el crédito tributario en su declaración jurada de impuesto a la renta después del final del año.

Por favor, visite la página Noticias Recientes en **www.irs.gov/hctc** o llame sin cargo al Centro de Servicio al Cliente de HCTC al **1-866-628-HCTC (4282)** (TDD/TTY: 1-866-626-HCTC (4282)) si tiene preguntas. Para obtener más información acerca de la Ley de Ajuste Comercial, visite **http://www.doleta.gov/tradeact/**.

La Ley de Recuperación y Reinversión de Estados Unidos (ARRA, por sus siglas en inglés) de 2009 provocó cambios en el HCTC. Estos cambios incluyeron un crédito tributario mayor, ampliación de la elegibilidad para Familiares Calificados de beneficiarios de la TAA y pagadores de PBGC inscritos en Medicare, que hayan

fallecido o finalizado un divorcio, una prolongación de la cobertura COBRA y reembolso de pagos de primas realizados al 100 por ciento mientras eran elegibles e inscribiéndose en el programa HCTC mensual. Sin embargo, estas disposiciones no fueron prorrogadas por el Congreso y ahora han vencido. Para las más recientes actualizaciones, visite **www.irs.gov/hctc**. Para obtener más información sobre el programa TAA y el impacto del vencimiento de la Ley de 2009, visite **www.doleta.gov/tradeact**.

Seguro de Salud Individual Privado

P *¿Y si no puedo obtener una nueva cobertura de salud grupal?*

R Usted puede comprar su propia póliza individual de seguro de salud, ya sea que renuncie a su trabajo, sea despedido o se le haya dado de baja. La HIPAA garantiza el acceso a pólizas individuales de seguro y “pools” de alto riesgo estatales para personas elegibles. Debe cumplir con todos los siguientes criterios:

- Haber tenido cobertura por lo menos por 18 meses, más recientemente en un plan de salud grupal, sin una interrupción importante;
- Haber perdido la cobertura de grupo, pero no debido a fraude o falta de pago de las primas;
- No ser elegible para la continuidad de cobertura de COBRA o haber agotado los beneficios de COBRA; y
- No ser elegible para cobertura bajo ningún otro plan de salud grupal, Medicare, o Medicaid, o para cualquier otra cobertura de salud.

El tipo de cobertura de salud que se le garantiza puede diferir de Estado a Estado. Verifique con la oficina del comisionado de seguro estatal si estuviera usted interesado en obtener cobertura individual.

Además, los hijos de las familias que no tienen cobertura de salud debido a una reducción temporal en su ingreso (por ejemplo, debido a la pérdida del empleo) pueden ser elegibles para el Programa Estatal de Seguro de Salud para Menores (CHIP, por sus siglas en inglés), una asociación Federal/Estatal que ayuda a proporcionar cobertura de salud para los niños.

Los Estados tienen flexibilidad para administrar los programas CHIP. Pueden escoger entre expandir sus programas Medicaid, diseñar nuevos programas de seguro de salud para niños, o crear una combinación de ambos. Para encontrar más información acerca del programa en su Estado y si eres elegible para asistencia de primas, llame al **1-877-KIDS NOW (1-877-543-7669)** o visite el sitio Web **www.espanol.insurekidsnow.gov/enes/**.

También puede comunicarse con la oficina del comisionado de seguros estatal para más información sobre el fondo de alto riesgo para quienes no pueden obtener beneficios de salud de otra manera. O visite **www.cuidadodesalud.gov/enes/law/provisions/preexisting/index/html** para información sobre el programa Federal - Planes de Seguro para Condiciones Preexistentes.

ERISA - Protegiendo sus Activos de Jubilación

La ley ERISA protege los activos de millones de estadounidenses de manera que los fondos colocados en los planes de jubilación durante su vida laboral estén allí cuando se jubilen.

La ERISA no exige que los beneficios de jubilación sean desembolsados antes de la edad normal de jubilación, generalmente 65 años. A esa edad, un empleado generalmente ha “adquirido el derecho” en un plan de jubilación, esto es, el empleado se ha ganado el derecho para jubilarse con beneficios que no se pueden perder.

Los trabajadores desplazados enfrentan dos problemas importantes cuando dejan el empleo: el acceso a los fondos de jubilación y la seguridad continuada de sus inversiones en el plan de jubilación.

P *¿Puedo obtener el dinero de mi jubilación si me despiden por reducción de personal?*

R Generalmente, si está usted afiliado a un plan de pensión 401(k) u otro tipo de **plan de contribución definida** (un plan en el que usted tiene una cuenta individual), su plan puede estipular la distribución de una suma global de dinero de su monto de jubilación cuando usted deje la empresa.

Sin embargo, si usted está en un **plan de beneficios definidos** (un plan en el que usted recibe un beneficio fijo, preestablecido), sus beneficios comienzan a la edad de jubilación. Estos

tipos de planes no acostumbran permitir que usted reciba dinero de manera adelantada.

Ya sea que usted tenga un plan de contribución definida o un plan de beneficios definidos, la forma de distribución de su plan de jubilación (monto global, anualidad, etc.) y la fecha en que sus beneficios estarán disponibles para usted depende de las estipulaciones contenidas en los documentos de su plan. Algunos planes no permiten la distribución hasta que usted alcance una edad específica. Otros planes no permiten la distribución hasta que se haya extinguido su relación laboral por un determinado período de tiempo. Además, algunos planes procesan las distribuciones a lo largo del año y otros solamente las procesan una vez al año. Usted debe ponerse en contacto con el administrador de su plan con referencia a las reglas que rigen la distribución de sus beneficios.

Uno de los documentos más importantes que definen sus beneficios es el resumen de la descripción del plan (SPD, por sus siglas en inglés). Detalla en términos generales sus beneficios y la manera cómo son calculados. Puede obtener una copia del plan SPD ya sea de su empleador o administrador del plan de jubilación.

Además del SPD, su empleador debe darle - o usted puede solicitarle - una estado de cuenta individual que muestre, entre otras cosas, el valor de sus beneficios de jubilación, la suma que usted ha ganado realmente hasta la fecha, y su condición de derecho adquirido. Estos documentos contienen información importante para usted ya sea que reciba su dinero ahora o después.

P *¿Mi plan requiere que se me entregue una distribución de suma global?*

R La ERISA no exige que los planes de jubilación estipulen distribuciones de sumas globales. La distribución de sumas globales es posible solamente si los documentos del plan lo estipulan específicamente.

P *¿Si yo retiro dinero antes de jubilarme, esto acarrea efectos adversos potenciales?*

R Sí. El recibir una suma global u otra distribución de su plan de jubilación puede afectar su capacidad para recibir una compensación por desempleo. Debe verificar esto con la oficina de desempleo estatal.

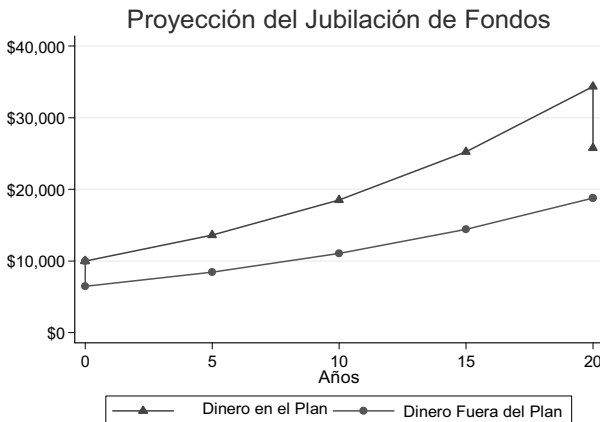
Además, retirar dinero de su plan de jubilación puede dar como resultado una contribución sobre ingresos adicional. Usted puede diferir estos impuestos, si mantiene el dinero en su plan o si “reinvierte” el dinero en un plan calificado de jubilación o Cuenta de Jubilación Individual (IRA, por sus siglas en inglés). Hay estipulaciones en el Código de Impuestos Internos que permiten estas reinversiones.

En general, su plan debe retener 20 por ciento de una distribución para fines de impuestos. Sin embargo, en el caso de una transferencia directa a otro plan en el que usted elige que la distribución sea pagada directamente a un plan de jubilación elegible, que incluye una IRA, no hay ninguna retención de impuestos, y la suma total de su distribución de reinversión elegible es pagada a

su nuevo plan de jubilación elegible. Si usted no elige una reinversión directa, deberá compensar la retención de 20 por ciento para evitar las consecuencias impositivas sobre la suma total de reinversión. El IRS no requiere la retención de 20 por ciento de una distribución que, al sumarse con otras distribuciones de reinversión hechas por usted durante el año, sea menor a \$200.

Bajo las regulaciones de IRS, y a fin de evitar determinadas consecuencias impositivas, usted tiene 60 días para reinvertir la distribución que recibió en otro plan calificado o en IRA. Si usted puede elegir entre dejar el dinero en su plan actual de jubilación, o depositarlo en una IRA, usted debe evaluar cuidadosamente las inversiones disponibles en cada una de las opciones.

Retirar dinero de su plan antes de la edad de jubilación también afecta la cantidad de dinero que usted acumulará a lo largo del tiempo. La gráfica que aparece a continuación muestra las



consecuencias de recibir dinero de su plan de jubilación y no depositarlo en otro plan calificado dentro del tiempo límite requerido.

Como muestra el gráfico, si su dinero permanece en el plan, aumenta libre de impuestos hasta que es distribuido, después de 20 años en este ejemplo. En ese momento, cuando se le distribuye el dinero, se le deducen los impuestos correspondientes, por lo que el saldo de su cuenta disminuye (ver el punto final inferior en el gráfico). Por otra parte, si usted retira el dinero del plan inicialmente y no lo refinancia en una IRA, el saldo de su cuenta disminuye durante ese año inicial (ver el punto inicial inferior en el gráfico), dado que usted paga impuestos y una multa del 10 por ciento por retirar el dinero antes de los 59 años y medio de edad. Después de eso, su cuenta crece durante los siguientes 20 años, pero a una menor tasa de crecimiento porque usted paga impuestos sobre las ganancias de su inversión.

Digamos, por ejemplo, que usted tiene \$10,000 en una IRA. Su dinero se invierte en una mezcla de acciones y bonos que genera un rendimiento promedio del capital invertido del 6.4 por ciento. En 20 años, su cuenta crecerá, con capitalización, a \$34,400. Si usted retira este monto después de cumplir 59 años y medio (la edad a la que usted puede recibir el dinero sin una multa del 10 por ciento) y paga el 25 por ciento de ese monto por impuesto sobre la renta, retendrá casi \$25,800.

Sin embargo, si usted cierra su cuenta de plan de jubilación antes de cumplir 59 años y medio, el saldo de su cuenta disminuirá de \$10,000 a \$6,500 después de pagar la multa del 10 por ciento y el 25

por ciento por impuesto sobre la renta. Además, su cuenta crece por los siguientes 20 años, pero a una menor tasa de crecimiento porque usted paga impuestos sobre las ganancias de su inversión. Por lo tanto, el valor de su cuenta después de 20 años será de aproximadamente \$18,800, suponiendo la misma tasa de rendimiento y tramo impositivo. Como se muestra en el gráfico, las consecuencias tributarias de un retiro temprano le costarán un 27 por ciento del saldo de su cuenta en el momento de la jubilación.

Antes de solicitar el retiro de fondos de su plan, usted debe conversar con su empleador, banco, sindicato, o asesor financiero para que le den consejos prácticos sobre las consecuencias a largo plazo y tributarias.

Si usted recibe fondos de jubilación, puede desear contratar a alguien para que administre su dinero. La ley generalmente exige que los administradores de dinero sean claros y abiertos acerca de sus honorarios y gastos y que expliquen si se les paga por comisiones o por las ventas de los productos financieros, tales como anualidades y fondos mutuos. Pregunte, consiga referencias, y evite a cualquier persona que le garantice un buen rendimiento de su inversión.

P *¿Si me dan de baja, mis fondos de jubilación se encuentran seguros?*

R Generalmente, sus fondos de jubilación no deberían estar en riesgo aún en el caso de cierre de una planta o negocio. Los empleadores deben cumplir con las leyes Federales cuando establecen

y manejan planes de jubilación y las consecuencias de no administrar prudentemente los activos de los planes son graves.

Además, sus beneficios pueden estar protegidos por el gobierno Federal. Los planes de pensiones tradicionales (**planes de beneficios definidos**) se encuentran asegurados por la PBGC, una corporación del gobierno Federal. Si un empleador no puede financiar el plan y el plan no tiene suficiente dinero para pagar los beneficios prometidos, la PBGC asumirá la responsabilidad como fiduciario del plan. La PBGC paga beneficios hasta una determinada cantidad máxima garantizada.

Por otro lado, los **planes de contribución definida**, no se encuentran asegurados por la PBGC.

Si su beneficio de jubilación permanece con su anterior empleador, manténgase al día sobre cualquier cambio que realice su empleador, incluyendo cambios de dirección, fusiones, y nombre del empleador. Si usted se muda, proporciónese al plan su nueva información de contacto.

Para ayudar a los empleados a monitorear sus planes de jubilación y de esta manera garantizar la seguridad de su jubilación la EBSA ha emitido una lista de 10 señales de alarma que podrían indicar si su plan tiene problemas financieros. Se encuentran incluidas en la guía **10 Warning Signs that Your 401(k) Contributions Are Being Misused**, disponible en el sitio Web www.dol.gov/ebsa.

Si, por cualquier razón, usted sospecha que sus beneficios de jubilación no están seguros o no están siendo invertidos prudentemente, debe abordar el problema ante una oficina regional de la EBSA. Llame al 1-866-444-3272 para que lo comuniquen con la oficina más cercana a su domicilio.

P *¿Qué sucede si mi compañía se retira del negocio y el plan de jubilación termina?*

R En un plan de contribución definida, el administrador del plan generalmente recopila cierta información sobre el plan de jubilación e información tributaria relacionada y la remite a la IRS. Este proceso puede demorar la terminación del plan y los pagos subsiguientes de beneficios. Usted debe ponerse en contacto con el administrador del plan solicitándole información sobre la situación y el tiempo que transcurrirá antes de que reciba su dinero.

En un plan de beneficios definido el administrador del plan generalmente presenta ciertos documentos al IRS y a la PBGC. Una vez que la PBGC aprueba la terminación, los beneficios generalmente se distribuyen en una suma global o como un pago anual dentro de un año del cese del empleo.

Cualquiera que sea el tipo de plan de beneficios, usted debe saber el nombre del administrador del plan. Esta información se encuentra en la última copia de su SPD. Si usted no puede encontrar el nombre del administrador del plan, podría ponerse en contacto con el departamento de personal de su compañía, su representante sindical (si hubiera un sindicato), o IRS o PBGC (en el caso de la mayoría de los planes de beneficios definidos).

Si usted decide ponerse en contacto con una de estas agencia, necesitará saber el número de identificación de su empleador (EIN, por sus siglas en inglés), un número de 9 dígitos que se usa para fines tributarios. El EIN lo puede encontrar en el formulario de impuestos a los salarios (Formulario W-2). Una oficina regional de EBSA puede ayudarlo a obtener esta información.

P *¿Qué pasa si la compañía se declara en quiebra?*

R Si un empleador se declara en quiebra, hay un número de opciones en cuanto a la manera como se realiza la quiebra. Una quiebra según el Capítulo 11 (reorganización) puede no tener ningún efecto en su plan de jubilación y el plan puede continuar existiendo. Una quiebra según el Capítulo 7 (final), en la que la compañía del empleador deja de existir, es un asunto más complicado.

Debido a que cada quiebra es única, usted debe ponerse en contacto con el administrador de su plan, su representante sindical, o el fiduciario de la quiebra y solicitarle una explicación sobre la situación de su plan.

En resumen:

Conozca por adelantado las reglas del plan que rigen la manera como se tratan sus activos en el plan de jubilación y beneficios de atención de salud en el caso que usted sea despedido. Los siguientes documentos contienen información valiosa acerca de sus planes de atención de salud y de jubilación y deben ser de ayuda para usted como trabajador desplazado. Usted debe poder obtener la mayoría de ellos de su administrador

del plan, representante del sindicato o coordinador de recursos humanos.

- Resumen de la Descripción del Plan (SPD)— Breve descripción de su plan de jubilación o plan de salud;
- Resumen del Informe Anual — Un resumen de las finanzas anuales del plan. El resumen debe contener nombres y direcciones que usted puede necesitar conocer.
- Formularios de inscripción que los detallan a usted y/o los miembros de su familia como participantes en un plan;
- Declaraciones de ingresos y de licencia;
- Certificados de cobertura acreditable (proporcionados por su anterior empleador(es)) — Informan a su nuevo empleador que usted tenía cobertura de salud.
- Estados de cuenta individual que muestran cuánto dinero hay en su cuenta del plan de jubilación o el valor de sus beneficios de jubilación.

Guarde estos documentos, así como cualquier comunicación o cartas de su compañía, sindicato, o banco, que se relacionen con su jubilación o planes de salud. Pueden ser valiosos para proteger sus derechos de jubilación y beneficios de salud.

Mayor Información

La EBSA ofrece más información sobre HIPAA, COBRA, y ERISA. Los siguientes folletos, que encuentran disponibles llamando al número gratuito de la agencia, pueden ser especialmente útiles:

- **Su plan de salud y la ley HIPAA...
Utilizando la ley a su favor**
- **Una guía para el empleado sobre los
beneficios de salud bajo COBRA**
- **Los cambios de condición laboral
requieren hacer elecciones médicas...
Proteja sus derechos**
- **Lo que usted debe saber ... sobre su plan
de jubilación**

Para obtener copias de las publicaciones mencionadas, por favor visite:

www.dol.gov/ebsa

O llame a nuestro número telefónico gratuito:

1-866-444-3272

Si tiene preguntas específicas relacionadas con sus derechos a la jubilación o beneficios de salud bajo HIPAA, COBRA, o ERISA, debería hablar a uno de nuestros asesores de beneficios llamando gratuito **1-866-444-3272** o póngase contacto electrónicamente a **www.askebsa.dol.gov**.

Su Pensión Garantizada y otra información sobre planes de pensiones terminados están disponibles en el sitio Web de la Pension Benefit Guaranty Corporation en:

www.pbgc.gov

O llame a la PBGC al:

1-800-400-7242

