



¿SE LE HA NEGADO SU SOLICITUD DE UNA REDUCCIÓN EN SU PRIMA DE COBRA?

DE SER ASÍ, USTED PUEDE SOLICITAR AL DEPARTAMENTO DEL TRABAJO DE EE.UU. UNA REVISIÓN ACELERADA DE LA DENEGACIÓN

Si usted perdió su empleo involuntariamente en o después del 1° de septiembre de 2008 o en fecha posterior o sus horas fueron reducidas el 1° de septiembre de 2008 o en fecha posterior y luego fue objeto de cese involuntario después del 2 de marzo de 2010 y usted no es elegible para otra cobertura de salud (tal como el plan de salud de su cónyuge o Medicare), usted puede ser elegible para una reducción del 65 por ciento en su prima COBRA por hasta quince meses.

Para solicitar la revisión del Departamento, utilice la solicitud en www.dol.gov/COBRA bajo Revisión de Denegaciones de Subsidio (Review of Subsidy Denials). Usted puede presentarla en Internet, o imprimir una copia y enviarla por fax o correo. El Departamento debe emitir una determinación dentro de los 15 días hábiles de haber recibido la solicitud completa.

Si tiene preguntas sobre dónde encontrar la solicitud o dónde presentarla, comuníquese con el Departamento del Trabajo al:

1-866-487-2365

o visite

www.dol.gov/COBRA

para obtener más información.



 Solicitud de revisión acelerada de la negación a la reducción de la prima según COBRA al Departamento de Trabajo de los Estados Unidos 	
<small>Número de control de la OMB (Oficina de Administración y Presupuesto) 1210-0135 Fecha de vencimiento: 30/11/2012</small>	
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)