¿Se rechazó su solicitud de reducción de prima según COBRA?

De ser así, puede solicitar una revisión acelerada de la negación de su solicitud al Departamento de Trabajo de los Estados Unidos

Si la terminación laboral involuntaria se ocurrió el 1 de septiembre de 2008 o después y usted no es elegible para recibir otra cobertura de salud (como el plan de salud de su cónyuge o Medicare), entonces podrá ser elegible para recibir un 65% de reducción de la prima según COBRA durante un período de hasta nueve meses.

Para solicitar la revisión al Departamento, utilice la solicitud incluida en www.dol.gov/COBRA bajo el título Review of Subsidy (Revisión de subsidios). Puede completarla en línea o imprimir una copia y enviarla por fax o correo postal. El Departamento debe tomar una decisión dentro de los 15 días laborales posteriores a la recepción de una solicitud completa.

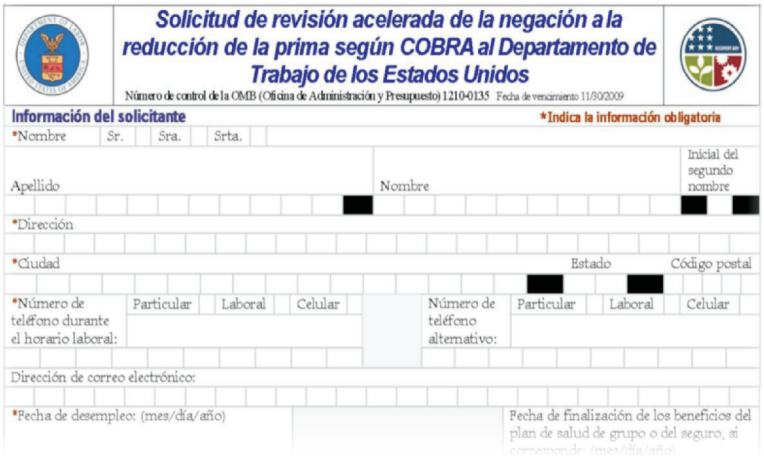
Si tiene alguna pregunta acerca de dónde encontrar la solicitud o dónde presentarla, comuníquese con el Departamento de Trabajo al:

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

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)