# Departamento del Trabajo de EE.UU.
# Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados
# Taller de Leyes de Beneficios de Salud

La Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado desea ayudarle a comprender mejor cómo los cambios en la vida y laborales pueden afectar su cobertura de salud. Los cambios en su vida, tales como perder el empleo o empezar a trabajar uno nuevo, casarse o tener un bebé, pueden afectar la cobertura médica que usted y su familia reciben del plan de salud de su empleador. Este taller le ayudará a comprender qué derechos usted y su familia tienen bajo las leyes federales de beneficios médicos para que pueda tomar decisiones oportunas e informadas cuando sea necesario. Las leyes cubiertas en este taller incluyen COBRA, HIPAA, ERISA y la Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio.

Este taller brindará información práctica acerca de cómo usted puede mantener u obtener cobertura médica para usted y su familia cuando ocurren cambios en su vida o trabajo. Únase a nosotros para descubrir ahora mismo cómo hacer que sus beneficios médicos funcionen para usted.

Se requiere inscripción previa y se asignan los espacios por orden de llegada. Le pedimos que haga todo lo posible para participar en el taller, una vez que se inscriba o que envíe un suplente. Se aceptarán inscripciones tardías según la disponibilidad. ¡Apresúrese y reserve su lugar!

Este taller se presentará en español.

| | |
|---|---|
| **Cuándo:** | 16 de agosto 2012; 10:45 – 12:00 PM |
| **Dónde:** | Center for Community Cooperation<br>2900 Live Oak<br>Piney Woods Room<br>Dallas Texas 75204 |
| **Costo:** | ¡El taller y todos los materiales provistos son gratis! |
| **Inscripción:** | Envíe este formulario por fax al (214) 767-1055<br>O envíelo por e-mail a Workshop-DRO@dol.gov |
| **Para obtener más información:** | Teléfono Lisa Reyes al (972) 850-4583 o Clarissa Lavalais al (972) 850-4588 |

Habrá asesores de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado [Employee Benefits Security Administration (EBSA)] en el lugar para responder a sus preguntas específicas. Habrá asistencia individualizada disponible después del taller.

☐ Se solicita asistencia individualizada.

☐ Personas con discapacidades que necesiten adaptaciones especiales, por favor, marquen aquí.

☐ La lista de participantes estará disponible a pedido del interesado. Por favor, marque aquí si no desea que se comparta su nombre.

## Formulario de inscripción para el taller

| | |
|---|---|
| **Nombre del inscrito:** | **Cargo:** |
| **Compañía y/o Asociación:** | **Dirección:** |
| **Número de teléfono/fax:** | **Dirección de correo electrónico:** |