



Employee Benefits Security Administration  
DOL > EBSA > Solicitud de Asistencia

Print this Page

- Contact EBSA
  - Request Assistance
  - Solicitud de Asistencia
- About EBSA
  - Organization Chart
  - EBSA Regional Offices
  - ERISA Advisory Council
  - CHIP Working Group
- FAQs
- Consumer Information
  - Health Plans
  - Retirement Plans
  - Retirement Savings
- Laws and Regulations
  - Final Rules
  - FR Notices
  - Proposed Rules
  - Public Comments
- Technical Guidance
  - Advisory Opinions
  - Exemptions
  - Field Assistance Bulletins
  - Information Letters
  - Interpretive Bulletins
  - EO 12866 Guidance
- Compliance Assistance
  - Abandoned Plans
  - Correction Programs
  - Fiduciary Education For Health Plans
  - For Retirement Plans For Small Employers
  - Reporting and Filing 401(k) Plans
  - Webcasts

Solicitud de asistencia del Departamento de Trabajo, EBSA

Información general | Formulario Postal Imprimible | English

\* Denota información exigida | Número de control de OMB: 1210-0146 Fecha de Venc.: 09/30/2014

Información del solicitante

Nombre:\*

Apellido:\*

Inicial del segundo nombre:

Dirección:

Ciudad:

Estado/Código postal:\*

Número de teléfono durante el horario laboral:\*  Int:  Tipo de teléfono

Número de teléfono alternativo:  Int:  Tipo de teléfono

Dirección de correo electrónico:

\*Nota: la dirección de correo electrónico no es obligatoria: sin embargo, si no lo incluye, el Departamento no podrá contactarlo por correo electrónico.

Usted es un:

- Participante/Beneficiario del Plan (como un Empleado/Dependiente)  
Si usted no es el empleado, detalle el nombre del empleado  
Nombre:
- Patrocinador del plan: Empleador/Sindicato
- Proveedor de Servicios del Plan (como administrador de terceros, contador, abogado, etc.)
- Proveedor de Atención Médica
- Agencia del Gobierno
- Otros (requiere comentarios)  
Comentarios:

Marque todas las opciones aplicables a continuación

El Plan por el que nos contacta es un:

- Plan de Salud (médico, dental, oftalmológico, etc.)
- Otro Plan de Bienestar (como discapacidad a largo/corto plaz, cese, seguro de vida, etc.)
- Plan de Jubilación/pensión (como un plan 401(k), plan de beneficios definidos, plan de profit sharing etc.)

Solicita ayuda con:

- Ubicar o contactar a su plan
- Aviso de COBRA/Beneficios de COBRA
- Obtener documentos o estados de su plan
- Lograr el pago de reclamos de beneficios
- Aviso de pensión privada potencial de la Administración/Seguro Social
- Elegibilidad para beneficios patrocinados por el empleador
- Operación del plan (como fondos que no se depositan en el plan, el empleador no ha pagado las primas, las inversiones, etcetera)
- El empleador se ha declarado en bancarrota o está a punto de hacerlo
- El empleador ha sufrido o está por sufrir una fusión/Compra
- El Plan no está cumpliendo con requisitos legales (como ERISA, COBRA, HIPAA, la Ley de Cuidado de Salud de Bajo Precio)
- Información general sobre requisitos de ERISA como leyes de salud o leyes de pensiones
- Otros: describa a continuación en otra información y comentarios

Información de contacto del Empleador/Plan

Tipo:

Nombre:

Mejor persona para contactar

Nombre:

Apellido:

Inicial del segundo nombre:

Dirección:

Código Postal:

Ciudad:

Estado:

Número de teléfono:  Int:  Tipo de teléfono

Número de teléfono alternativo:  Int:  Tipo de teléfono

Dirección de correo electrónico:

Sitio Web:

**Otra información y comentarios**

A continuación, brinde información más detallada sobre la razón por la que contacta al Departamento para recibir asistencia. Incluya información sobre los intentos que ha hecho para comunicarse con el administrador del plan o su empleador para resolver el problema. *Incluya un comentario sobre cómo cree que se debería resolver el problema y explique por qué. Le pedimos que adjunte toda la información relevante al pedido de asistencia, como: copias de reclamos, copias de tarjetas de seguros o estados de beneficios, copias de Avisos de Pensiones Potenciales recibidas del Seguro Social, copias de cualquier respuesta recibida a sus solicitudes al administrador del plan, copias de fragmentos relevantes de los documentos del plan o la SPD (resumen de la descripción del plan).* Si su problema está relacionado a un reclamo de beneficios de pensión, incluya las fechas de empleo y la fecha de nacimiento del empleado. Si su problema está relacionado con reclamos de salud, incluya detalles sobre la(s) fecha(s) de servicio y el/los monto(s) del/de los reclamo(s). A continuación, ver como adjuntar documentos.

4000 Caracteres restantes

**Documentos Adjuntos**

Si tiene documentos adjuntos que desea adjuntar a su solicitud, seleccione el botón correcto a continuación. Si selecciona sí, después de presentar su solicitud será dirigido a la página de carga de documentos adjuntos.

- Sí, tengo documentos adjuntos que desearía cargar.  
 No, no tengo ningún documento adjunto.

**Después de completar el formulario, haga clic en Enviar**[Aviso sobre la Ley de Privacidad](#) [Declaración de la Ley de Reducción de Papel](#)

EBSA 301 June 2011

[FAQs](#) | [Freedom of Information Act](#) | [Privacy & Security Statement](#) | [Disclaimers](#) | [Customer Survey](#) | [Important Notices](#) | [Contact Us](#)

U.S. Department of Labor | Frances Perkins Building, 200 Constitution Avenue, NW, Washington, DC 20210  
[www.dol.gov](http://www.dol.gov) | Telephone: 1.866.4.U.S.A-DOL (1.866.487.2365) | TTY: 1.877.889.5627