

Solicitud de asistencia del Departamento de Trabajo, EBSA

*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 trabajo faxNúmero de teléfono alternativo: Int: Tipo de teléfono trabajo faxDirección de correo electrónico:

*Nota: la dirección de correo electrónico no es obligatoria; sin embargo, si no se la detalla, el Departamento no podrá contactarlo por correo electrónico.

 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

Empleador

Tipo:

Nombre:

Mejor persona para contactar:

Nombre:

Apellido:

Inicial del segundo nombre:

Dirección:

Código Postal:

Ciudad:

Estado:

Número de teléfono: Int: Tipo de teléfono trabajo fax

Número de teléfono alternativo: Int: Tipo de teléfono trabajo fax

Dirección de correo electrónico:

Sitio Web:

Compañía de seguros

Tipo:

Nombre:

Mejor persona para contactar:

Nombre:

Apellido:

Inicial del segundo nombre:

Dirección:

Código Postal:

Ciudad:

Estado:

Número de teléfono: Int: Tipo de teléfono trabajo fax

Número de teléfono alternativo: Int: Tipo de teléfono trabajo fax

Dirección de correo electrónico:

Sitio Web:

Proveedor de Servicios del Plan Administrador del 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 trabajo fax

Número de teléfono alternativo: Int: Tipo de teléfono trabajo fax

Dirección de correo electrónico:

Sitio Web:

Sindicato

Tipo:

Nombre:

Mejor persona para contactar:

Nombre:

Apellido:

Inicial del segundo nombre:

Dirección:

Código Postal:

Ciudad:

Estado:

Número de teléfono: Int: Tipo de teléfono trabajo fax

Número de teléfono alternativo: Int: Tipo de teléfono trabajo fax

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.

Información general

Información general: La Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 (ERISA, por sus siglas en inglés) es una ley federal que establece estándares mínimos para planes de jubilación y beneficios de salud en la industria privada. La ERISA no requiere que el empleador establezca un plan. Solo requiere que quienes establecen planes cumplan con determinados estándares mínimos. La ERISA abarca planes de jubilación, salud y otros planes de beneficios de bienestar (como planes de seguro de vida, discapacidad y aprendices). Entre otras cosas, la ERISA establece que los individuos que gestionan planes (y otros fiduciarios) deben cumplir determinados estándares de conducta. *La ERISA no cubre planes patrocinados por el gobierno federal ni planes patrocinados por un plan gubernamental estatal o local (como una escuela pública, una universidad o facultad pública o un departamento de policía o de bomberos). Además, el Título I de la ERISA generalmente no cubre planes eclesíasticos.*

Las solicitudes de Asistencia o los Reclamos por supuestas violaciones del Título I de la ERISA son manejados por Asesores sobre Beneficios en nuestras oficinas nacionales y locales. Quienes nos presentan reclamos pueden esperar una respuesta rápida y gentil de nuestro personal. Todos los reclamos recibidos serán estudiados y, si se determina que son válidos, se buscará una resolución del mismo a través de la resolución informal de disputas. Usted recibirá un informe de estado de su asesor de beneficios designado cada 30 días. Si su reclamo válido no puede ser resuelto de manera informal, puede ser remitido para una revisión adicional por parte de nuestro personal de coacción. Aunque no podemos garantizar que cada reclamo resulte en una investigación, al final de la actividad de coacción, de ser solicitada, proporcionaremos una explicación comprensible del resultado de nuestra revisión e investigación.

Nota importante: El Título I de ERISA les confiere a los Participantes y Beneficiarios determinados derechos para solicitar documentos y presentar reclamos y apelaciones relacionados con la obtención de beneficios. Aunque la EBSA lo puede ayudar a comprender estos derechos y a intentar resolver problemas de manera informal, es importante revisar los documentos de su plan y seguir los procedimientos para realizar solicitudes y presentar reclamos y apelaciones oportunamente.

ADMINISTRACIÓN DE SEGURIDAD DE BENEFICIOS DEL EMPLEADO, DEPARTAMENTO DE TRABAJO DE LOS EE.UU.

Aviso Sobre la Ley de Privacidad

El Departamento de Trabajo (DOL, por sus siglas en inglés) está comprometido a proteger la privacidad de su información personal. Respecto a la recolección, el uso y la divulgación de información personal, el DOL hace el mayor esfuerzo para garantizar el cumplimiento con las leyes federales aplicables, entre las que se encuentran La Ley de Privacidad de 1974.

La Ley de Privacidad de 1974 exige que cuando le solicitamos información le demos a conocer nuestro derecho legal para solicitarla, la razón por la cual se la solicitamos y como se utilizará. También debemos informarle lo que pasaría si no la recibimos y si su respuesta es voluntaria, necesaria para obtener un beneficio u obligatoria. Nuestra autoridad legal para solicitar la información está en las secciones 1134 y 1143 de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 (ERISA, por sus siglas en inglés), P.L. 93-406. Sin embargo, la entrega de esta información es voluntaria. Le solicitamos esta información para ayudar EBSA a responder a su solicitud de manera expeditiva. Si usted no brinda la información, la EBSA tendrá que contactarse con usted por teléfono para obtener la información necesaria para responder a su solicitud, lo que incrementará el tiempo de respuesta. No vendemos la información que recopilamos. Los datos personales que nos brinde se utilizarán únicamente en relación con la respuesta a su solicitud.

Empleamos contratistas para que lleven a cabo diversas funciones del sitio Web y la base de datos. Cuando lo hacemos, nos aseguramos de que el lenguaje del contrato con el contratista garantice la seguridad, confidencialidad e integridad de toda información personal a la cual el contratista pudiera tener acceso en el curso del cumplimiento del contrato.

Podremos divulgar la información que nos brinde si así lo autorizan o exige la ley federal, como por ejemplo la Ley de Privacidad. También podemos divulgar esta información al administrador de plan de beneficios, administrador de terceros, aseguradora, empleador del empleado (o ex empleador) o cualquier otra parte relevante según sea necesario para facilitar una resolución de la circunstancia presentada por el individuo que busca asistencia de la dependencia. Usted podrá tener acceso a cualquier información que obtengamos sobre su persona.

Aunque la información sometida a través de nuestro formulario en línea es segura los correos electrónicos no son seguros. Por lo tanto, le sugerimos que no nos envíe datos personales por correo electrónico. Solamente le enviaremos información general por correo electrónico.

Declaración de la Ley de Reducción de Papel

Conforme la Ley de Reducción de Papel de 1995, ninguna persona está obligada a responder a la recopilación de información a menos que exhiba un número de control de la OMB válido. Se estima que la carga de informes públicos de esta recolección voluntaria de información varía desde quince (15) minutos hasta una (1) hora, con un promedio de treinta (30) minutos por repuesta, lo que incluye tiempo para revisar información general sobre el pedido de asistencia, la recolección de información, la finalización y revisión de la información recolectada y la carga de documentos adjuntos si corresponde. Por favor envíe comentarios sobre el estimado de gravamen o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluso sugerencias para reducir este gravamen, al Departamento de Trabajo de los EE.UU., oficina del Director de Comunicaciones, a la atención de: Departmental Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N1301, Washington, DC 20210 y indique el número de control de la OMB 1210-0146. Este formulario también es una solicitud aprobada de recolección de información bajo el número de autorización 1225-0059 de la Oficina de Gestión y Presupuesto. Nota: No envíe la solicitud completada de asistencia a esta dirección. Número de control de OMB: 1210-0146. Fecha de vencimiento: 09/30/2014. Número de formulario: EBSA 301, Junio de 2011