



Subscribe to E-mail Updates | Enter E-mail Address | SUBSCRIBE | Find It in DOL | SEARCH | A to Z | Site Map | FAQs | Forms | About DOL | Contact Us | Español

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, CNIP 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

Form fields for Name, Surname, Initial, Address, City, State, Postal Code, Phone Number, and Email Address.

*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:

- Participant/Beneficiary of the Plan (as an Employee/Dependent)
Employer/Sponsor of the Plan
Provider of Plan Services (as administrator of third parties, accountant, lawyer, etc.)
Provider of Medical Attention
Government Agency
Other (requires comments)

Marque todas las opciones aplicables a continuación

El Plan por el que nos contacta es un:

- Health Plan (medical, dental, ophthalmological, etc.)
Other Welfare Plan (such as disability, long-term care, life insurance, etc.)
Retirement/Pension Plan (such as 401(k), defined benefit plan, profit sharing, etc.)

Solicita ayuda con:

- Locate or contact your plan
COBRA/Benefits of COBRA
Obtain documents or status of your plan
Receive payment of benefits
Private pension potential of the Administration/Seguro Social
Eligibility for employer-sponsored benefits
Plan operation (such as funds not deposited, employer not paying premiums, investments, etc.)
Employer declared bankrupt or about to be
Employer suffered or about to suffer a merger/acquisition
Plan not complying with legal requirements (ERISA, COBRA, HIPAA, etc.)
General information about ERISA requirements
Other: describe in other information and comments

Información de contacto del Empleador/Plan

Contact information form for Employer/Plan including fields for Name, Title, Address, City, State, and Phone Number.

Sitio Web: Escriba otro contacto del Plan**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 | Telephone: 1.866.4.U.S.A-DOL (1.866.487.2365) | TTY: 1.877.889.5627