



## POR FAVOR, GUARDE ESTE DOCUMENTO PARA SUS ARCHIVOS Y FUTURAS REFERENCIAS.

### Instrucciones para completar el Formulario CM-929

Complete, firme, feche, y devuelva el formulario de **REPORTE DE CAMBIOS** adjunto, a más tardar 30 días después de su recepción. Las instrucciones para la presentación del formulario en línea o por correo postal se encuentran en la página 3. El formulario contiene información que el Departamento de Trabajo tiene sobre su reclamo de beneficios de pulmón negro. Si la información no es correcta, proporcione la información correcta en los espacios correspondientes en el formulario. No devolver este formulario podría resultar en la suspensión o terminación de los beneficios.

Si tiene alguna pregunta sobre este formulario, llame a la Oficina de Pulmón Negro más cercana al número gratuito -800- que figura en la lista de la siguiente página.

### REQUISITOS PARA REPORTAR

La ley exige que usted reporte inmediatamente cualquiera de los siguientes eventos:

1. Matrimonio	7. Cambio en la asistencia a la escuela de hijos dependientes de 18 años o más
2. Divorcio	8. Regreso al trabajo
3. Nacimiento o adopción de un hijo dependiente	9. Aumento de ganancias
4. Matrimonio de un hijo dependiente	10. Solicitar o recibir beneficios estatales u otros beneficios federales de compensación para trabajadores
5. Muerte del cónyuge o de un hijo dependiente	
6. Discapacidad de un hijo (cualquier edad)	

Estos eventos podrían afectar el monto de su cheque mensual. Si no se reportan a tiempo y se le paga de más, es posible que tenga que devolver los beneficios que recibió incorrectamente. Si la información que aparece en el formulario no es correcta, deberá corregir dicha información.

### Información de beneficios médicos

Si usted es un minero, el Fondo Fiduciario de Discapacidad de Pulmón Negro es responsable del pago de sus gastos médicos relacionados con el pulmón negro. Sin embargo, si usted también recibe beneficios por una condición de pulmón negro por parte de un programa estatal u otro programa federal de compensación para trabajadores, los gastos médicos relacionados con el pulmón negro podrían ser pagos, total o parcialmente, por la parte de la entidad que paga dichos beneficios.

A menos que otra parte sea responsable del pago de los gastos médicos relacionados con el pulmón negro, usted debe continuar usando su Tarjeta de Identificación de Pulmón Negro cuando reciba tratamiento médico para su condición de pulmón negro. Algunos ejemplos de servicios médicos relacionados con el pulmón negro son: hospitalizaciones, visitas a consultorios médicos, medicamentos recetados por un médico, cierto tipo de equipos médicos (como máquinas de oxígeno), servicios de enfermería a domicilio, rehabilitación pulmonar, y el costo razonable de viajes desde y hacia un centro médico para el tratamiento de la condición de pulmón negro.

## Programa de verificación asistida por computadora

El Departamento de Trabajo realiza comparaciones de archivos digitales con los de la Administración del Seguro Social. Cualquier información presentada por los aplicantes o beneficiarios de ayuda financiera o pagos bajo programas de beneficios Federales pueden ser verificados a través de comparaciones de archivos digitales que el Departamento de Trabajo realiza con estas agencias.

### NÚMERO GRATUITO DE OFICINAS DISTRITALES DE PULMÓN NEGRO 1-800-347-2502

Greensburg, PA	Johnstown, PA
Charleston, WV	Pikeville, KY
Denver, CO	Columbus, OH
Washington, DC	

#### AVISO DE LA LEY DE PRIVACIDAD

De acuerdo con la Ley de Privacidad de 1974, según enmendada (Título 5 del Código de EE. UU., artículo 552a), por la presente se le notifica que: (1) la Ley de Beneficios de Pulmón Negro (BLBA, por sus siglas en inglés) (artículos 901 y siguientes del Título 30 del Código de EE. UU.), según enmendada, es administrada por la Oficina de Programas de Compensación para Trabajadores (OWCP, por sus siglas en inglés) del Departamento de Trabajo de EE. UU., que recibe y mantiene información, personal relacionada con esta solicitud sobre los reclamantes y los miembros de su familia inmediata; (2) la información obtenida por OWCP se usará para determinar la elegibilidad para recibir beneficios pagaderos conformes a la BLBA; (3) es posible que se comparta información con otras agencias gubernamentales, los operadores de minas de carbón potencialmente responsables del pago del reclamo o la compañía de seguro u otra entidad que haya garantizado la responsabilidad de compensación del operador, contratistas que provean servicios de automatización de datos al Departamento de Trabajo; y representantes de las partes del reclamo; (4) es posible que se comparta información con médicos y otros proveedores de servicios médicos para proporcionar tratamiento, hacer evaluaciones u otros fines relacionados con la gestión médica del reclamo; (5) es posible que se comparta información con la Oficina de Jueces de Derecho Administrativo del Departamento de Trabajo, u otra persona, junta u organización autorizada que requiera tomar decisiones relacionadas con el reclamo u otros asuntos que se presenten en conexión con el reclamo; (6) es posible que se comparta información con agencias federales, estatales o locales para fines de imposición de la ley, para obtener información relevante para una decisión conforme a la BLBA, para determinar si los beneficios se están pagando o se han pagado apropiadamente, y cuando corresponda, para llevar a cabo acciones administrativas de compensación y/o cobro de deudas requeridas o permitidas por la ley; (7) la divulgación del número de seguro social (SSN, por sus siglas en inglés) o número de identificación de contribuyente (TIN, por sus siglas en inglés) del minero reclamante o fallecido en este formulario es voluntaria, y el SSN y/o TIN y otra información mantenida por OWCP se pueden usar para fines de identificación y otros fines autorizados por la ley; (8) la falta de divulgación de toda la información solicitada puede retrasar el procesamiento de este reclamo o el pago de beneficios, o puede resultar en una decisión desfavorable o un nivel reducido de beneficios y (9) esta información está incluida en el sistema de registros, DOL/OWCP-2, publicado en Registro Federal 81 25765, 25858 (29 de abril de 2016) o si actualizado y republicado

#### DECLARACIÓN DE CARGA PÚBLICA

Estimamos que tomará un promedio de 5 a 8 minutos por respuesta para completar esta recopilación de información, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar las fuentes de datos existentes, reunir y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre estos estimados o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, envíelos al Departamento de Trabajo de EE. UU., División de Compensación para Trabajadores de Minas de Carbón, 200 Constitution Avenue, NW, Suite C3520-DCMWV, Washington, DC 20210. **NO ENVÍE EL FORMULARIO COMPLETADO A ESTA OFICINA.**

**Nota:** Las personas no están obligadas a responder a esta recopilación de información a menos que muestre un número de control de OMB actualmente válido.

#### AVISO

Si usted tiene una discapacidad física o mental sustancialmente limitante, la ley Federal contra la discriminación por discapacidad le otorga el derecho a recibir ayuda por parte de OWCP en forma de asistencia para comunicación, adaptación y modificación para ayudarlo en el proceso de reclamos. Por ejemplo, le proporcionaremos copias de documentos en formatos alternativos, servicios de comunicación como interpretación en lenguaje de señas y otros tipos de ajustes o cambios para tener en cuenta las limitaciones de su discapacidad. Comuníquese con nuestra oficina o con el personal de reclamos para solicitar ayuda.

Departamento de Trabajo de los EE. UU. (DOL)  
OWCP/DCMWC

**Reporte de cambios que podrían afectar  
sus Beneficios de Pulmón Negro**



Número de identificación de caso del DOL: \_\_\_\_\_

Su nombre: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**AVISO IMPORTANTE:** Este **REPORTE ANUAL DE CAMBIOS** debe completarse, firmarse, fecharse y devolverse a más tardar treinta (30) días después de su recepción. A continuación, encontrará información sobre sus beneficios federales de pulmón negro. Si la información no es correcta o si tiene cambios para reportar, ingrese la nueva información en el espacio proporcionado debajo de cada afirmación o pregunta.

Marque esta casilla si no ha cambiado ninguna información sobre las preguntas 1 a 6 en el formulario. **(Pase a la casilla de firma y firme)**

1.

Si ha cambiado de dirección o número de teléfono, proporcione la nueva información a continuación, incluso si sus beneficios se pagan por depósito directo.

\_\_\_\_\_  
 Número de teléfono: \_\_\_\_\_

2. Indique el **nombre, la dirección y el número de teléfono** de un familiar o amigo cercano a quien podamos contactar en caso de no poder comunicarnos con usted.

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Número de teléfono: \_\_\_\_\_

3. Su pago mensual de beneficios por pulmón negro es (Monto del cheque mensual): \$ .  
 Si también recibe beneficios de PULMÓN NEGRO de otro programa de compensación para trabajadores federal o estatal, proporcione lo siguiente:

Fuente: \_\_\_\_\_ Monto: \_\_\_\_\_ Frecuencia de pago: \_\_\_\_\_

4. Marque la casilla adecuada a continuación si su estado civil ha cambiado.

Muerte del cónyuge – Fecha de defunción \_\_\_\_\_

Separación del cónyuge – Fecha de la separación \_\_\_\_\_

Divorcio – Fecha del divorcio \_\_\_\_\_

Matrimonio – Fecha del matrimonio \_\_\_\_\_ Nombre del cónyuge \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social del cónyuge: \_\_\_\_\_

5. Durante los últimos doce meses, si algún hijo que recibe beneficios FEDERALES DE PULMÓN NEGRO junto con usted, tuvo un cambio en su condición o condiciones, por favor proporcione la siguiente información.

**No agregue más de 3 beneficiarios en esta sección  
 (más de 3 beneficiarios deben agregarse en la sección de Comentarios/Información adicional)**

Nombre del hijo	Fecha de nacimiento	Fecha de matrimonio	Fecha en que dejó de asistir a la escuela	Fecha en que comenzó la discapacidad	Fecha de defunción

6. PARA MINEROS DE CARBÓN MENORES DE 67 AÑOS, E HIJOS ADULTOS CON DISCAPACIDADES, SOLAMENTE: Si está trabajando y ganando dinero por cualquier tipo de empleo, por favor proporcione la siguiente información.

Empleador: \_\_\_\_\_

Ganancias totales del último año calendario: \_\_\_\_\_

Ganancias estimadas para este año: \_\_\_\_\_

**ESTE FORMULARIO DEBE ESTAR FIRMADO Y FECHADO.**

CERTIFICO QUE TODA LA INFORMACIÓN ES CORRECTA A MI LEAL CONOCIMIENTO. Si oculta o no reporta algún evento con la intención de obtener beneficios de manera fraudulenta, ya sea por obtener un monto mayor o cuando un pago no es autorizado, podría ser multado, encarcelado, o ser sancionado de ambas formas, conforme a lo dispuesto en 30 U.S.C 941.

\_\_\_\_\_  
Firma o "marca" del beneficiario

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firmas de testigos solo se requieren si el beneficiario firma con una marca (X) en el espacio de arriba.

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

Motivo por el cual el beneficiario no firmó ni hizo una marca:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

COMENTARIOS/INFORMACIÓN ADICIONAL:



**DOS OPCIONES PARA PRESENTAR EL FORMULARIO:**

1. Para presentar electrónicamente, envíe el formulario completo y la documentación adjunta al Portal de Minas de C.O.A.L.: <https://coalmine.dol.gov>
2. Para presentar por correo, envíe el formulario completo y la documentación adjunta a:  
U.S. Department of Labor OWCP/DCMWC  
Central Mail Room  
PO Box 8307  
London, KY 40742-8307  
Para más información llame GRATIS al: 1-800-347-2502