EMPLOYMENT SECURITY DIVISION

Workforce Investment
Support Services

500 E. Third Street
Carson City, NV 89713
775 684-0301 | 775 684-0327

STEVE SISOLAK
Governor

DR. TIFFANY G. TYLER-GARNER
Director

KIMBERLY GAA
Administrator

March 20, 2020

In an effort to assist laid-off workers during this difficult time, the Nevada Department of Employment, Training and Rehabilitation (DETR) is providing the following Rapid Response information, which is also posted at:
https://detr.nv.gov/Page/Employment_Security_Division_Rapid_Response.

This packet contains information on employment services, Unemployment Insurance, Healthcare and other programs and services offered through the state or one of our partner agencies. Until further notice, job search assistance will only be conducted online at: www.employnv.gov

Thank you!

En un esfuerzo para asistir los trabajadores que estan despedidos, el Departamento de Empleo, Entrenamiento y Rehabilitacion (DETR) les ofrece informacion de Rapid Response (Rapida Respuesta) que esta en:
https://detr.nv.gov/Page/Employment_Security_Division_Rapid_Response

El paquete contiene informacion en Servicios de Empleo, Unemployment, Seguros, Servicios Medico y otros servicios que el Estado o otras agencias ofrecen. Hasta nuevo aviso , asistencia de busqueda de empleo solo se llevara a cabo de internet www.employnv.gov.

Muchas gracias!

RESPUESTA RÁPIDA DE NEVADA

INFORMACIÓN PARA AYUDAR A RECONSTRUIR SU FUTURO DESPUÉS DE UN DESPIDO

TABLA DE CONTENIDOS

Introduccion de Repuesta Rápida_____Página 3

Información de Seguro de Desempleo _____ Página 4-5

Servicios de Empleo_____ Página 6-7

JobConnect Recursos de Empleo_____ Página 8

Programa de Perfeccionamiento de Profesión_____Página 9

Programa de la Ley de Comercio_____ Página 10-12

Servicios de Trabajadores Desplazados_____ Página 13

Sistema de Información de Profesión de Nevada_____ Página 14

Sindicatos de Nevada y Programas de Formación Sindical_____Página 15

Protección de Pensiones y Beneficios de Salud_____ Página 16

BUSCAR TRABAJO ESTA EN SU FUTURO INMEDIATO?

Si buscar trabajo esta en su futuro inmediato, usted encontrará la siguiente información útil una ves que usted comience a planificar su búsqueda de empleo. El Departamento de Trabajo, Entrenamiento y Rehabilitación "*Repuesta Rápida*" es un grupo de profesionales de los sectores publicos y privados cuya especialidad es ayudar a los trabajadores que pueden estar enfrentando las perpectivas de desempleo. Este equipo ofrece una variedad de servicios que puede ayudarle a hacer su transición hacia la fuerza laboral menos estresante y frustante.

Por ejemplo, usted puede ser eligible para talleres de búsqueda de empleo o asesoramiento de profesión que le ayudaria a mejorar sus habilidades para volver a trabajar rápidamente. Aprender acerca de programas de aprendizaje de unión puede ser de su interés. Cómo administrar sus finanzas durante los próximos dias de desempleo puede estar en tu mente. Este folleto de información de Repuesta Rápida le proporcionará información sobre estos temas y otros como las oficinas de Nevada JobConnect y el Seguro de Desempleo.

Lo importante es que estos servicios son útiles, ***SIN COSTO*** en espera de su uso. Así es que por favor tome el tiempo para revisar el contenido de este paquete y dar seguimiento con llamadas para hacer citas con estas agencias que usted sienta que mejor cubrirá sus necesidades.

Sinceramente,

Coordinador de Repuesta Rápida
Servicios de Apoyo de Inversión de la Fuerza Laboral.

SEGURO DE DESEMPLEO

1. **¿Cuándo debo solicitar beneficios de Seguro de Desempleo?**
Su reclamo es eficaz el Domingo de la semana en la que usted hace su solicitud. Usted debe de solicitar benificios tan pronto este desempleado. Sin embargo, si usted gana salarios, vacaciones, indemnizaciones u otro pago durante la semana que usted hiso su reclamo, los beneficios por esa semana seran reducidos. Usted debe de reportar sus ganancias durante la semana que se realizó el trabajo y no cuando le pagan.

2. **¿Dónde puedo solicitar beneficios en Nevada?**
Reclamos para Seguro de Desempleo se hacen por Teléfono o por Internet. Esto incluye solicitar un nuevo reclamo, reapertura de una reclamación que ya existe, presentación de reclamos semanales, y preguntas for el estado de su reclamación o pagos.

Para hacer reclamos por Internet: www.ui.nv.gov

3. **¿Cuáles son los requisitos básicos para un reclamo de Nevada?**
Estar desempleado sin su culpa; después de haber ganado suficiente salario en dos o más cuartos del período de base; presentar su reclamo; poder trabajar, estar disponible y buscando trabajo de tiempo completo. Al presentar un nuevo reclamo, los beneficios se basarán en el ingreso en los primeros cuatro de los últimos cinco cuartos. Si no cumples con los requisitos de salario en el establecimiento de un período de base estándar, usted puede ser eligible para reclamos alternativos base al period, lo cual son los últimos cuatro cuartos completos

4. **¿Cuánto voy a recibir si soy elegible?**
Al presentar un nuevo reclamo, los beneficios se basarán en el ingreso en los primeros cuatro de los últimos cinco cuartos terminandos. La cantidad de beneficios de desempleo semanal maxima varía según cada caso individual. Usted recibirá una determinación monetaria indicando su derecho potencial una vez que se ha establecido un reclamo. Esto es solo el primer paso para determinar si usted recibirá sus beneficios. Esto no significa que sus pagos se iniciarán automáticamente

5. **¿Qué pasa si empecé a trabajar en Nevada?**
Usted puede ser elegible para Beneficios del Seguro de Desempleo de otro estado. Le ayudaremos a solicitar un"Reclamo interstatal", o un "Reclamo de salarios combinados". Usted necesitará los nombres y direcciones de cada empleador, dentro del estado y fuera del estado durante los dos últimos años.

6. **¿Cuándo debo esperar mi primer pago?**
Usted recibirá una tarjeta de débito dentro de 7 a 10 dias después de presentar su reclamo. Una ves que se determine que usted es elegible para recibir beneficios, los pagos se realizan en su tarjeta de débito semanal.

SEGURO DE DESEMPLEO

Seguro de Desempleo de Nevada
www.ui.nv.gov

CÓMO PREPARARSE PARA HACER UN RECLAMO POR INTERNET

Usted **debe** de hacer su primer reclamo semanal de Domingo a Sábado después de la semana que abrió su reclamo y continuar su reclamo de esta manera cada semana para recibir el pago.

Debe de tener la siguiente información disponible antes de comenzar el proceso de reclamo en el internet:

1. Número de Seguro Social.
2. Una lista de todos los empleadores para quien trabajó en los últimos 18 meses. (Si alguno de estos empleadores tienen un nombre corporativo- asegúrese de que, usted sepa esta denominación).
3. Usted también necesitará direcciones completas de sus dos últimos empleadores (incluyendo códigos postales), □úmeros de teléfonos y la primera y última fecha que usted trabajó para cada uno de ellos.
4. Número personal de identificación (PIN) si existe una reapertura de reclamo.

Usted necesitará la siguiente información adicional:

Si usted no es ciudadano de los Estados Unidos:

- **Usted DEBE de tener su número de registro de extranjero.**

Si ha sido dado de alta del ejercito militar en los últimos 18 meses.

- **Usted DEBE tener una copia de su FORMA DD214 MIEMBRO-4.**

Si usted ha trabajado para el Gobierno Federal en los últimos 18 meses:

- **Usted DEBE tener una copia de su SF-8.**

Al finalizar su reclamo:

- ***¡USTED DEBE RECIBIR UN NÚMERO DE CONFIRMACIÓN!***

Nota: Si no recibe un número de confirmación, significa que su reclamo no sera procesado.

- ***SI NO RECIBE UN NÚMERO DE CONFIRMACIÓN:***

1. Usted debe esperar 24 horas, antes de intentar establecer su reclamo otra vez usando el Internet.

O

2. Puede llamar por de Teléfono al Centro de Reclamos para hacer su solicitud.

Nota: Si decide llamar al Centro de Reclamación por Teléfono: Usted debe seleccionar Opción 2 para solicitar su nuevo reclamo o reabrir un reclamo que ya existe.

SERVICIOS DE EMPLEO

Las oficinas de Nevada JobConnect se concentran en proporcionar una variedad de empleos relacionados con servicios de cambio de mano de obra incluyendo pero no limitado a la asistencia de búsquedad de empleo, referencias de trabajo y asistencia de colocación para personas que buscan trabajo, servicios de re-empleo a los reclamantes de seguro de desempleo y servicios de reclutamiento a los empleadores con puestos de trabajo disponibles. Servicios se facilitan en uno de tres modos incluyendo autoservicio, servicios facilitando autoayuda y enfoques de entrega de servicio personal asistido. Dependiendo de las necesidades del mercado laboral, otros servicios tales como evaluación de niveles de habilidades del demandante de empleo, abilidades y aptitudes, orientación cuando sea apropiado, talleres de búsquedad de trabajo y remission a la formación pueden tambien estar disponibles.

Los servicios ofrecidos a los empleadores, además de referencias de personas que buscan trabajo a puestos disponibles, incluyendo asistencia en el desarrollo de los requesitos, que compara la experiencia del demandante de empleo con los minimos requisitos de trabajo, habilidades y otros atributos, ayudar a los empleadores con necesidades especiales, organización de ferias de empleo, ayudar a los empleadores a analizar órdenes de trabajo difícil de llenar, ayudando con trabajo de re-estructuración y ayudar a los empleadores a liriar con despidos.

Solicitantes de empleo que son veteranos reciben prioridad en ser referidos a trabajos y formanción, asi como servicios especiales de empleo y asistencia. Además, el sistema proporcia atención especializada y servicio a las personas con discapacidad, trabajadores agrícolas y migratorio/temporal, ex delicuentes, jóvenes, las minorías y a los trabajadores de edad.

El Departamento de Trabjao, Entrenamiento y Rehabilitación, División de Seguridad de empleo (ESD), oficina central de "Respuesta Rápida", coordina con los proveedores de servicios de la zona que sean capaces de ofrecer asistencia a los trabajadores afectados por un despido o el cierre de la planta. Hemos delineado brevemente los servicios que están disponibles en nuestras oficinas de Nevada JobConnect a continuación:

Centro de Recursos: Cada oficina de Nevada JobConnect cuenta con un centro de recursos con los teléfonos, fotocopiadoras, faxes e impresoras para el uso de personas que buscan trabajo. Los centros están equipados con computadoras en línea para el acceso a sitios de búsqueda en Internet, libros y videos sobre temas de búsqueda de trabajo de empleo, programas para curriculum y pruebas de aptitud en aplicaciones de programas.

Referencias de Trabajo: Nevada Jobconncet opera y proporciona en todo el pais servicios eficientes de colocación y referencia y calidad de trabajo. Nuestros entrevistadores especializados puende referirlo a los puestos de trabajo desponibles en todo Nevada o cualquier otro estado de la nacion. Pida ver http://nevada.us.jobs ***Banco de Trabajo*** en el Internet a www.nvdetr.org.

Programa de Perfeccionamiento de Profesión (*CEP*): Es un programa de servicio de formación y reempleo que asiste a personas que buscan trabajo en Nevada en acelerar su retorno al trabajo.

.

SERVICIOS DE EMPLEO

Servicios de Empleo para Veteranos: Los veteranos reciben servicios prioritarios para la formación, asesoramiento de empleo y referecias para trabajos disponibles en todas las oficinas de Nevada JobConnect.

Formación para Habilidades de Búsqueda de Trabajo: Se ofrecen talleres de búsqueda de empleo para ayudar a personas que buscan trabajo a dirigir sus propios esfuerzos de búsqueda de empleo.

Prueba y Orientación Vocacional: Los Servicios de orientación vocacional y prueba se proporcionan para asistirr a los demandantes a elegir una vocación o cambiar de área laboral.

Servicios para Descapacitados: Servicios especiales se pueden proporcionar a las personas con discapacidad, a menudo en conjunto con otras agencias.

Información Sobre el Mercado Laboral: El Departamento de Trabajo, Entrenamiento y Rehabilitación (DETR) produce la mayoría de la información del mercado laboral en el estado. Solicitantes de empleo y las empresas pueden obtener una visión general de la economía, la información sobre las industrias, las ocupaciones y los salarios. Esta información está disponible en nuesto sitio a www.nvdetr.org.

Programas de la Ley de Comercio: Si usted cree que han perdido su trabajo permanentemente debido a las importaciones extranjeras o cambios en producción y servicios a los países, usted podria calificar para para beneficios del seguro de desempleo de formación y/o beneficios adicionales. Por favor llame al (775) 684-0301 para obtener más información. (Estos servicios continuan dependiendo a los fondos disponibles).

Crédito Tibutario De Oportunidad de Trabajo (WOTC): Es un programa de créditos de impuestos federales disponible a los empleadores que contratan y retienen por un determinado número de horas, a individuos de una variedad de grupos seleccionados que constantemente han tenido problemas en volver a trabajar.

Nota: PORFAVOR COMUNICASE CON LA OFICINA DE JOBCONNECT MAS CERCANA PARA OBTENER MÁS INFORMATIÓN SOBRE SERVICIOS DE EMPLEO.

Empleos Nevada US www.employnv.gov

Empleadores: Publican y administran los trabajos, ven curriculums gratis: Tras la aprobación de su registro de empleador, posiciones disponibles pueden ser publicados y mantenerse a su conveniencia. La base de datos de curriculum la cual incluye información de demandante de empleo en el estado y fuera del estado, puede ser buscado por candidatos calificados. Los criterios de búsqueda de currículum pueden ser guardados. La configuración de un agente que envía notificación de nuevos currículums que respondan a criterios de búsqueda de agente de currículums.

Solicitantes de Empleo, Búsqueda de Trabajos, Publicar Currículums: El buscar empleo no requiere de una cuenta, sin embargo, se recomienda tener una cuenta para que pueda publicar su currículum para los empleadores lo vean. Hay una opción para buscar puestos de trabajo en varios lugares al mismo tiempo y guardar los criterios de búsqueda. Puede configurar un agente de empleo que enviará mensajes de correo electrónico cada vez que nuevos puestos de trabajo se publican que cumplan su criterio de búsqueda.

RECURSOS DE EMPLEO DE JOBCONNECT

Sistema de Inversión de Nevada
Centros de JobConnect

	Norte De Nevada	
Carson City JobConnect The	1929 N. Carson St.	(775) 684-0400
American Job Center of Reno	4001 S. Virginia St. Ste H	(775) 284-9600
Sparks JobConnect	2281 Pyramid Way	(775) 284-9520
Reno Day Labor	420 Galletti Way	(775) 687-6899
	Sur De Nevada	
Henderson JobConnect	119 Water St.	(702) 486-0300
Las Vegas JobConnect	3405 S. Maryland Pkwy. 2827	(702) 486-0100
No. Las Vegas JobConnect	Las Vegas Blvd. North 1001 N.	(702) 486-0200
Las Vegas Day Labor	"A" St.	(702) 486-3441
One Stop Career Center	6330 W. Charleston Blvd. #190	(702) 822-4200
	Zona Rural De Nevada	
Elko JobConnect	172 Sixth St.	(775) 753-1900
Ely JobConnect	1500 Avenue F, Ste 1	(775) 289-1616
Fallon JobConnect	121 Industrial Blvd.	(775) 423-5115
Winnemucca JobConnect	475 W. Haskell Ste 1	(775) 623-6520

employnv.gov

www.nevadajobconnect.com

PROGRAMA DE PERFECCIONAMIENTO DE PROFESIÓN

Nevada JobConnect ofrece "El Programa de Perfeccionamiento de Profesión" (CEP), es un programa de entrenamiento y reempleo con el objetivo de ayudar a los desempleados de Nevada a obtener empleo. El programa se concentra en los desempleados de Nevada. CEP ayuda a los residents desempleados de Nevada a retornar a la fuerza laboral pronto, ofreciéndoles la oportunidad de adquirir las habilidades necesarias para satisfacer las demandas de mayor tecnología actual y cambio del mercado laboral. A los participantes en el programa CEP, se les ofrecen los siguientes servicios **SIN COSTO**:

- Talleres de Búsqueda de Empleo
- Formación Vocacional en un clase de entrenamiento
- Formación para Mejorar Académicamente, GED (Educación General) y Matemática básica/ Clases de Inglés.
- Uso del Sistema de Información de Profesión de Nevada (NCIS)
- Desarrollo en Empleo
- Asistencia para la Preparacion de Currículum
- Consejería de Empleo
- Análisis de Habilidades Transferibles
- Asistencia de Búsqueda de Empleo

Por favor llame a su oficina local de Nevada JobConnect para obtener información adicional del programa.

PROGRAMAS DE LA LEY DE COMERCIO

Los programas de la "Ley de comercio" están diseñados para ayudar a trabajadores desplazados cuya fabricación o trabajos de servicio se han visto afectados debido al impacto de la importación y/o comercio exterior forzando un cambio en la producción a los países del Tratado de libre comercio.

¿Quié puede presentar una petición de la ley de comercio?

1. Tres o más trabajadores afectados por el tradado de libre comercio
2. Un oficial syndical que representa a los trabajodores afectados por el tratado de libre comercio
3. Un funcionario de la empresa con autoridad para iniciar dicha petición (Presidente, Vicepresidente, controlador, Gerente de Recursos Humanos, Gerente de Planta, etc).
4. La Unidad del Estado Designado para Trabajadores Desplazados
5. Un socio de One-Stop u operadores

¿Dónde puedo encontrar peticiones de la ley de comercio? ¿Dónde puedo enviar peticiones completas?

Peticiones de ley de comercio pueden encontrase en las oficinas locales de JobConnect y en el internet a http://www.doleta.gov/tradeact. Peticiones terminadas de ley de comercio pueden ser enviadas por correo o por fax a los siguientes:

Department of Employment, Training and Rehabilitation
Employment Security Division
Workforce Investment Support Services
ATTN: Trade Act Coordinator
500 East Third Street
Carson City, Nevada 89713
(775) 684-0301
FAX: (775) 684-0327

¿A quien se le puede Otorgar Certificación de la Ley de Comercio?

A individuos cuyos trabajos se ven afectados por el comercio exterior, siempre que:

1. Las personas que trabajan para una compañia que produce un product o un servicio.
2. Las importaciones o un cambio en la producción contribuido importantemente a despidos o a la amenaza de despidos.
3. Los empleados que trabajaron para un proveedor de una empresa con un grupo de trabajadores certificados.
4. Los trabajadores que trabajaron para un rematador de valor añadido de una empresa con un grupo de trabajadores certicados.

Crédito de Impuestos de Cobertura de Salud (HCTC):

Se trata de un crédito de impuesto – no seguro de salud – que puede cubrir hasta un 72.5% de la mensualidad del seguro de salud pagado por un participante elegible.

PROGRAMAS DE LA LEY DE COMERCIO

Servicios de Ley de comercio (TAA) Servicios están disponibles a través de las oficinas de JobConnect. Basados en la elegibilidad individual, miembros de TAA trabajadores de grupos certificados podrían ser elegible para recibir uno o más de los siguientes servicios:

Subsidio de Reajuste de Comercio (TRA):

1. *TRA* es una asignación semanal para pagar a un trabajador que ha sido afectado negativamente, para cubrir el periodod en que el trabajador afectado está en entrenamiento (excluyendo cundo esta en entranmiento-durante-en-un-trabajo).
2. Todos los beneficios disponibles de seguro de desempleo tienen que ser agotados primero.
3. Un trabajador afectado negativamente es potencialmente eligible para 130 semanas de beneficios con el program de TRA.
4. Los trabajadores afectados DEBEN solicitar para entrenamiento dentro de (26) semandas de certificación de la petición o (26) semanas de la fecha de despedida, lo que ocurra mas tarde. Hay una extensión de cuarenta y cinco (45) días para circunstancias atenuantes.

Asistencia de Aduste de la Ley de Reempleo (RTAA):

1. Disponible para los trabajadores de 50 años de edad o mayores.
2. Disponible sólo para los trabajadores que ganan menos de $50.000 por año en reempleo.
3. Total máximo de beneficio de hasta $10,000 o 2 años lo que ocurra primero.

Si usted cree que esto aplica a usted por favor ir a la página de Internet: http://www.doleta.gov/tradeact/ O

Peticiones de acto de comercio pueden encontrarse en las oficinas locales de JobConnect. Peticiones de acto de comercio termindas pueden enviarse por correo o por fax a los siguientes:

DEPARTMENT OF EMPLOYMENT, TRAINING AND REHABILIITATION
EMPLOYMENT SECURITY DIVISION
WORKFORCE INVESTMENT SUPPORT SERVICES
ATTN: TRADE ACT COORDINATOR
500 EAST THIRD STREET
CARSON CITY, NEVADA 89713
PHONE: (775) 684-0301
FAX: (775) 684-0327

PROGRAMAS DE LA LEY DE COMERCIO

Servicios de Reempleo:

- Registro de Empleo
- Consejería de Empleo
- Evaluación del Caso
- Desarrollo de Empleos
- Servicios de Apoyo
- Servicios de Búsqueda de Trabajo Autodirigido

- Entrenamiento en una clase
- Entranmiento-Durante-En-Un-Trabajo
- Educación Basica or Correctiva (Incluyendo cursos de alfabetización y de Ingles como segundo idioma)

Otros Servicios Inclueyen:

- Prestaciones de búsqueda de trabajos (por los costos de una búsqueda de trabajo fuera del área de transporte local).
- Prestaciones de Reubicación (para gastos de reubicación a un trabajo fuera del área de transporte local).
- Prestaciones para transporte y subsistencia (por los costos de asistir a la formación fuera del área de transporte local).

SERVICIOS PARA TRABAJADORE DESPLAZADOS

SERVICIOS DE RECONTRATACIÓN DE TRABAJADORES DESPLAZADOS

Si ha perdido su trabajo o ha sido notificado de un despido inminente, los programas de trabajadores desplazados podrían ayudar **SIN COSTO**. El programa de trabajadores desplazados y adultos está diseñado para proporcionar servicios de reempleo a los trabajadores adultos y desplazados.

Servicios Básicos

- Orientación
- Evaluación de Habilidades
- Asistencia de Búsqueda de Empleo
- Información Laboral
- Servicos de Apoyo Referido

Servicios Adicionales (disponibles basado en eligibilidad)

- Evaluación de Barreras de Empleo
- Plan de Empleo Individual
- Consegeria para Profesión
- Habilidades para Cursos Preprofesionales.
- Talleres

Servicios Especializados (disponibles basado en eligibilidad)

- Aula, Formación y Capacitación en el Trabajo modificado para requisitos particulares
- Perfeccionamiento
- Preparación para Entrenamiento de Empleo
- Educación de adultos y Alfabetismo.

Para obtener más información sobre los servicios de reempleo/servicios de formación disponibles para los trabajadores adultos y desplazados, por favor llame:

Sur de Nevada:

WorkforceConnections
6330W. Charlston Blvd. #150
Las Vegas, Nevada 89128
(702) 638-8750
http://www.nvworkforceconnections.org

Norte de Nevada:

Nevadaworks
6490 South McCarran Boulevard
Building A, Suite 1
Reno, Nevada 89509-6119
(775) 337-8600
http://www.nevadaworks.com/

SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA PROFESIÓNES DE NEVADA

Sistema de Información de Profesión de Nevada (NCIS): NCIS es una guia que contiene sistema de profesión basada en orientación en el internet, educación e información de mano de obra, así como muchas herramientas de exploración de profesión. El Departamento de Trabajo, Entrenamiento y Rehabilitación proporciona el NCIS a residentes de Nevada gratuitamente. Una muestra del contenido NCIS por categoría se enúmera a continuación.

Información de Empleo y Ocupación:

- Información Ocupacionales de Nevada y nacionales
- Búsqueda de Trabajo y Consejos para hacer un Curriculum
- Salario y Alacanzar Informació de Trabajos
- Recursos de Autoservicio para Empleos.
- Videos Ocupacionales
- Licencias de Oficio y Requisitos de Certificación
- Enlances a Sucursales de Nevada para el Banco Central de Trabajo

Educación y Entrenamiento de Recursos:

- Programa de Estudio
- Becas y Ayuda Financiera
- Escuelas de Nevada Y Aprendizajes
- Colegios Nacionales y Universidades
- Clasificación de Herramientas Educativas

Instrumentos de Exploración de Profesión que Unen Intereses y Habilidades a Occupaciones.

- Evaluación de Habilidades
- O*Net Perfil de Interés (Evaluación de Interés)
- O*Net Localizador de Importancia de Trabajo (Evaluación de los Valores de Trabajo)
- Tipo de Ocupación 2005
- Características de portafolio con el Creador de Currículum

Acceder el sistema de información de Professiones de Nevada a través del Internet desde su hogar, oficinas locales de Nevada JobConnect o biblioteca a www.nvcis.intocareers.org

Utiliza la opción de acceso de código postal para acceder seleccionando su ciudad y escriba su código de área y código postal.

Si usted tiene preguntas o necesita ayuda, no dude en comunicarse con el equipoo de NCIS a (775) 684-0477 o correo electronico detrncis@nvdetr.org.

PENSIÓN Y CUIDADO DE LA SALUD

Terminación de empleo o una reducción de horas puede resultar en una pérdida de beneficios de jubilación y de salud. Usted tiene derechos bajo la Ley de Jubilación de Empleados de Seguridad de Ingresos (ERISA), que está diseñado para ayudar a los empleados y sus familias a enfrentar un cambio de empleo.

***COBRA* – Extendiendo Su Cobertura De Salud**
La Ley de Consolidación y Reconciliación del Estatuto del Presupesto (The Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act) comúnmente llamado **COBRA**. Usted puede ser elegible para comprar cobertura de salud extendida bajo COBRA si su trabajo ha terminado por cualquier razón que no sea por mal comportamiento, o si se redujeron sus horas. Para calificar, su empleador debe haber tenido 20 o más empleados, usted debe haber sido un participante en el plan de salud grupal de su empleador y su empleador debe continuar manteniedo un plan de beneficios de salud.

Una vez que su trabajo ha terminado, su plan de salud debe disponerle una notificación escrita explicando sus derechos bajo COBRA. Usted tiene 60 días despues de la fecha que recibió el aviso o de la fecha que se termino su cobertura de salud o lo que sea posteriormente para elegir cobertura de COBRA. Este seguro empieza el día que su cobertura médica terminó y dura hasta 18 meses (y más en algunos casos). También debe saber que bajo COBRA tendrás que pagar la prima del seguro en total para la cobertura de salud y un cargo administrativo adicional de 2%.

***HIPAA* – Le Protégé Contra la Discrimanción**
El Seguro de salud de Responsibilidad Portabilidad (The Health Insurance Portability and Accountability) conocida como **HIPAA** protege a usted y su familia de discriminación debido a condiciones médicas pre-existentes. Inscribiendose en otro plan cuando usted está cambiando puestos de trabajo. Si otra cobertura de salud grupal está disponible para usted (es decir, el grupo de trabajo de su esposo o esposa) y que se pueda enrolar en ese plan de salud se debe ser considerado, sin esperar a que el período de registración se abra. Usted debe solicitar un requisito de registración dentro de los 30 días que su último trabajo ha terminado. De acuerdo con la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible, empezando Enero 1, 2014 los planes de salud grupales y los aseguradores no pueden negarse a cubrir el tratamiento de condiciones preexistentes para cualquier individuo.

***Affordable Care Act (ACA)* – La Ley del Cuidado de Salud:** Usted puede comprar cobertura de seguro individual a través del Seguro de Salud del mercado. El mercado le permite ver las opciones de planes de salud disponibles en su área. Usted puede ser elegible para un nuevo tipo de crédito fiscal para ayudarle con el costo de la cobertura. Si usted es elegible para elegir COBRA compare precios en el mercado antes de tomar una decisión. Para obtener más información sobre ACA visite:
Healthcare.gov/what-if-i-am-losing-job-based-insurance
Healthcare.gov/what-if-i-currently-have-cobra-coverage

***ERISA* – Protegiendo Su Pensión**
Si usted pierde su trabajo, solicite una copia de la descripción resumida de su plan (SPD) y peda una declaración de beneficio individual. Si usted era un participante activo en el plan de pensiones con su último empleador, usted puede ser elegible para transferir sus beneficios de pensión adquiridos a una Cuenta de Retiro Individual (IRA) o plan de jubilación de un nuevo empleador. Por favor vea su SPD para más detalles.

CONSIGA LOS HECHOS HOY
Si usted tiene preguntas acerca de sus derechos y responsabilidades bajo la ley HIPAA, COBRA, ERISA o La Ley del Cuidado de Salud por favor póngase en contacto con:
El Departamento de la Administración de Seguridad de Beneficios de Empleado de los Trabajos al: (800) 998-7542 o a la Oficina Regional de San Francisco en (415) 975-4600. Jurisdicción: Alaska, Northern California, Idaho, Nevada, Oregon, Utah and Washington.
Visite el sitio red de Administración de Seguridad de Beneficios de Empleado en http://www.dol.gov/ebsa
También puede ponerse en contacto con su asesor de beneficios electrónicamente en www.askebsa.gov

Departamento de Trabajo, Entrenamiento y Rehabilitación

División de Seguridad de Empleo

Servicios de Apoyo de Inversión de la Fuerza Laboral

500 East Third Street

Carson City, Nevada 89713

- Programa / Un Patrón de Igualdad de Oportunidades
- Los Recursos de Auxiliares y Servicios estan disponibles sobre la petición de individuos con discapacidades.
- TTY (775) 687-5353 or (800) 326-6868 Relay 711 or (800) 326-6888

NevadaWorks Service Providers (Northern Nevada

http://nevadaworks.com/

775-337-8600

WIOA Title I Service Providers

Community Chest: 775-847-9311 https://communitychestnevada.net/

- Virginia City
- Fernley

Community Services Agency: https://www.csareno.org/

- Reno: 775-786-6023

JOIN, Inc. https://www.join.org/

- Carson City: 775-283-0125
- Elko: 775-753-1700
- Ely: 775-289-3061
- Fallon: 775-575-1222
- Fernley: 775-575-1222
- Reno: 775-284-9600
- Winnemucca: 775-623-6218

Nevada Hospital Association: https://nvha.net/

- Reno: 775-827-0184

Northern Nevada Electrical Training Center: https://www.northernnevadaelectricians.com/

- Reno: 775-358-4301

Northern Nevada Literacy Council: http://nnlc.org/

- Reno: 775-356-1007

Workforce Connections Service Providers (Sourthern Nevada)
https://nvworkforceconnections.org/
702-638-8750

WIOA Title I Service Providers

Below is a list of our contracted service organizations providing development and career readiness services aligned with the mission of Workforce Connections.

- FIT Re-Entry Initiative

  Returning Citizens - Phone: (702) 367-4348 x 236

  Click for Provider Detail

- HELP of Southern Nevada – RISE Youth Program

  Youth - Phone: (702) 369-4357 x1868

  Click for Provider Detail

- HOPE for Prisoners, Inc. Pre/Post Release CCDC Only

  Returning Citizens - Phone: (702) 586-1371

  Click for Provider Detail

- Lincoln County Adult Workforce

  Adult & Dislocated Worker - Phone: (775) 726-3800

  Click for Provider Detail

Workforce Connections Service Providers
https://nvworkforceconnections.org/
702-638-8750

- Lincoln County-Youth Career Program

  Youth - Phone: (775) 726-3800

  Click for Provider Detail

- NYE Communities Coalition

  Adult & Dislocated Worker - Phone: (775) 727-9970

  Click for Provider Detail

- NYE Communities Coalition-Youth WERKS

  Youth - Phone: (775) 727-9970

  Click for Provider Detail

- One-Stop Career Center – ResCare Workforce Services (So Nevada)

  Adult & Dislocated Worker - Phone: (702) 822-4202

  Click for Provider Detail

- One-Stop Career Center – ResCare (Boulder City, NV)

  Adult & Dislocated Worker - Phone: 702 841-6435

  Click for Provider Detail

- One-Stop Career Center – ResCare (Laughlin, NV)

Workforce Connections Service Providers
https://nvworkforceconnections.org/
702-638-8750

Adult & Dislocated Worker - Phone: 702-841-6435

Click for Provider Detail

- One-Stop Career Center – ResCare (Laughlin, NV) YOUTH

Youth - Phone: 702-841-6435

Click for Provider Detail

- One-Stop Career Center – ResCare (So Nevada) YOUTH

Youth - Phone: 702-822-4243

Click for Provider Detail

- Youth Advocate Programs, Inc. (YAP) Pre/Post Release

Youth - Phone: (702) 631-9275

Click for Provider Detail

Cómo enviar su información al Centro telefónico de reclamos

Si le pidieron que proporcionara información al Centro de Reclamos, asegúrese de proveerla de manera correcta y puntual para proteger sus derechos a beneficios.

Instrucciones para enviar por fax:

1. Incluya su nombre completo, número de seguro social o identificacion del reclamante en cada página.
2. Asegúrese de que sus copias sean legibles.
3. Provea la información con una portada

Talones de cheque (recibos de sueldo)

Asegúrese de que se puedan ver claramente en la copia: su nombre completo, su número de seguro social o identificacion del reclamante, el nombre de su empleador, la fecha del cheque, y el monto del cheque.

Prueba de cambio de nombre

La prueba podría ser: una copia de su acta de matrimonio, su acta de divorcio o cualquier documento legal.

Documentos de inmigración

Una copia clara y legible de ambos lados de la tarjeta o documento de **inmigración** se tiene que proporcionar.

Ex empleados militares

DD-214. Copia de Miembro 4 (se tiene que poder ver " Miembro 4" en la parte inferior del formulario). Envíe sus copias por fax al: (775) 684-0463

Ex empleados civiles del gobierno federal

Talones de cheque, declaraciones de permisos y ganancias, o formularios W-2, y todos los documentos de separación que tenga (SF8 SF50).
Envíe copias por fax al: (775) 684-0463

Números de fax:

(775) 684-0338 o (702) 486-7987
Por correo: Si decide enviar sus documentos por correo, a menos que le den otras instrucciones, envíelos a:
Department of Employment,Training and Rehabilitation
500 E. Third Street
Carson City, NV 89713

Su tarjeta de débito prepagada MasterCard de Nevada

Los beneficios del seguro de desempleo se pagan con una tarjeta de débito prepagada. Cuando pida sus beneficios, si califica, recibirá automáticamente una tarjeta cargada con sus beneficios. Puede usar la tarjeta para:

- Hacer compras
- Para obtener dinero efectivo (*cash back*)
- Sacar dinero de un cajero automático
- Gastar fondos a su conveniencia

Para obtener más información sobre su tarjeta:
www.bankofamerica.com/nevadauidebitcard
(888) 339-8569

Para obtener ayuda con encontrar un trabajo, regístrese en una oficina de Nevada JobConnect cerca de usted. Para encontrar una ubicación cercana, o para obtener más información sobre formación en habilidades laborales y otros servicios, visite nevadajobconnect.com.

NEVADA JobConnect start here.
A Proud Partner of americanjobcenter

Solicitud de reclamos por internet ui.nv.gov.

Centro telefónico de reclamos

Norte de Nevada	(775) 684-0350
Sur de Nevada	(702) 486-0350
Larga distancia/Interestatal	(888) 890-8211

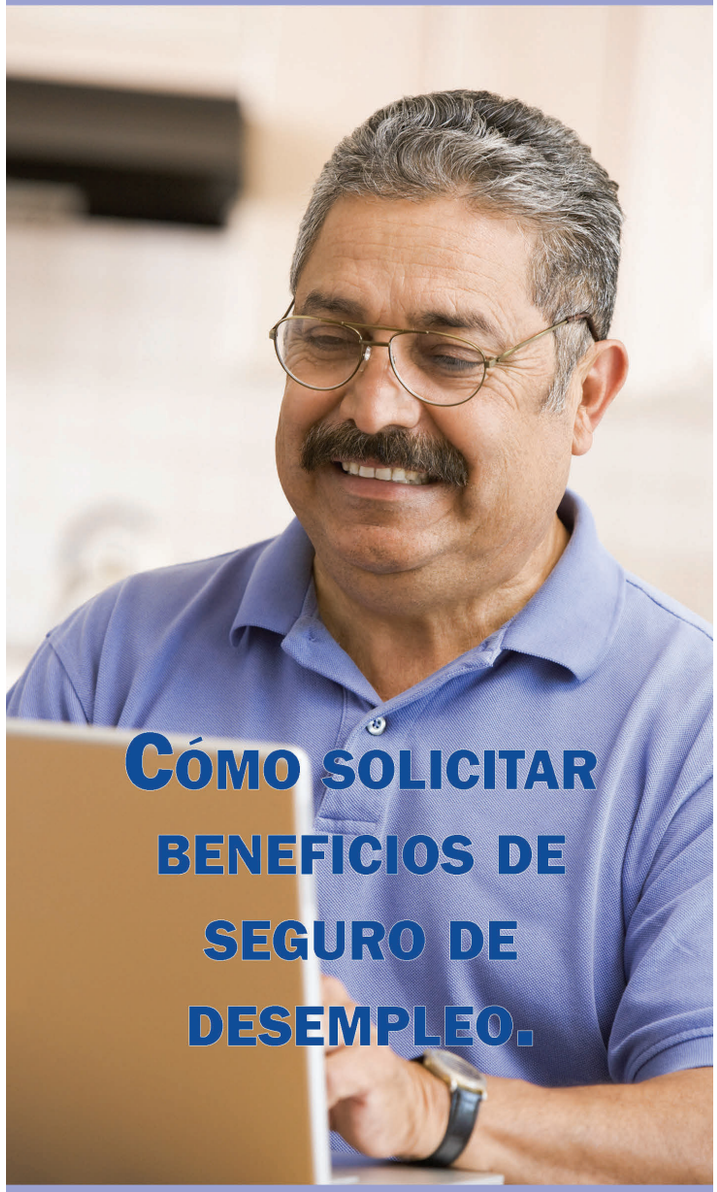
TTY

Retransmisión de voz	(800) 326-6868

Un empleador y programa de igualdad de oportunidades. Ayudas auxiliares y servicios están disponibles a pedido para personas con discapacidades.

Rev.1 10.2019 SPA

Division de seguridad laboral



Cómo solicitar beneficios de seguro de desempleo.

DETR
Nevada Department of Employment, Training and Rehabilitation

Departamento de empleo, capacitación y Rehabilitación de Nevada

Prepárese para solicitar su reclamo

Asegúrese de que tenga toda la información necesaria para solicitar un reclamo antes de entrar al sitio de web o llamar el centro telefónico de reclamos.

Se requiere lo siguiente para solicitar un reclamo:

- Los nombres, direcciones, teléfonos y fechas que trabajó para sus últimos 2 empleadores
- Una lista de los nombres (nombre corporativo) de todos los empleadores para los cuales ha trabajado en los últimos 18 meses
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos, TIENE que tener una tarjeta o documento de inmigración con fecha de vencimiento
- Si le dieron de baja del ejército en los últimos 18 meses, TIENE que tener una copia de su DD-214 (Member 4)
- Si ha trabajado por el gobierno federal en los últimos 18 meses, TIENE que tener una copia de su SF-8 o SF-50

Número de identificación personal

Le pedirán que registre un número de identificación personal o PIN (por sus siglas en inglés), cuando solicite un reclamo por primera vez (por internet o teléfono).

Nombre de usuario y contraseña

Nuestro sistema para solicitar reclamos por internet ahora requiere que cree un nombre de usuario y contraseña únicos en el momento de la registración.

Si se le olvida su PIN, nombre de usuario o contraseña…

Puede cambiar sus preferencias de seguridad (imagen/frase, preguntas de confirmación, contraseña), o el PIN del sistema telefónico por medio del sistema de internet o poniéndose en contacto con nuestro Servicio de Asistencia Técnica de Seguridad:

Norte de Nevada: (775) 687-6838
Sur de Nevada: (702) 486-3293

Para hacer una solicitud en línea, empiece en: ui.nv.gov

Servicios disponibles:

- Solicitar un reclamo de desempleo nuevo o semanal
- Obtener información sobre el reclamo, por ejemplo, pagos de beneficios, saldo de beneficios, apelaciones y sobrepagos
- Verificar el estado de su reclamo
- Completar indagaciones sobre asuntos no resueltos
- Cambiar sus datos personales
- Cambiar su deducción de impuestos federales
- Instrucciones para pedir una copia del formulario 1099-G
- Cambiar su PIN para el sistema telefónico
- Acceder al sitio web de la tarjeta de débito
- Ver correspondencia e historial de determinaciones
- Entregar registros de búsqueda de empleo

Número de confirmación de reclamo por internet

Si no recibe un número de confirmación al solicitar su reclamo significa que su reclamo para beneficios podría estar incompleto y posiblemente no se haya procesado.

Para ayuda SOLO técnica con la presentación de reclamos de seguro de desempleo en línea INTERNETHELP@detr.nv.gov o llame al (775) 684-0427.

Al reportar problemas específicos acerca de su reclamo de seguro de desempleo por email, debe indicar su nombre completo y solo las últimas cuatro cifras de su número de seguro social o identificación del reclamante.

¿No tiene computadora?

Todas las oficinas de Nevada JobConnect tienen computadoras, fax y fotocopiadoras para solicitar reclamos de desempleo, sin ningun costo para usted.

Para hacer una solicitud por telefóno

Cuando llame al Centro telefónico de reclamos de seguro de desempleo, su llamada será contestada por el sistema automatizado. Después de seleccionar inglés o español, el sistema le permitirá escoger una de las opciones siguientes:

1. **Reclamo semanal "Quick Claim"**
   Las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Le permite solicitar un reclamo semanal o preguntar sobre sus últimos dos pagos de beneficios y el saldo.
2. **Reclamo nuevo o reabierto**
   El sistema está disponible de lunes a viernes para hacer solicitudes por teléfono. Puede solicitar un reclamo nuevo o reabrir un reclamo ya existente.
3. **Información, problemas o preguntas**
4. **Servicio de asistencia técnica de seguridad (Security Helpdesk)**
   SOLO ayuda para ingresar el sistema o PIN
5. **Información sobre tarjeta de débito**
6. **Oficinas de Nevada JobConnect**
   Da una lista de las ubicaciones y horarios de las oficinas

"Espera Virtual" ¡Guardaremos su lugar en la fila!

El Centro telefónico de reclamos ya ofrece Espera Virtual, una opción que le permite esperar sin estar en el teléfono. Su lugar en la fila se guarda automáticamente, y responderán su llamada cuando lleguen a su lugar en la fila.

Centros telefónicos de reclamos

Norte de Nevada	Sur de Nevada	Larga distancia
(775) 684-0350	(702) 486-0350	(888) 890-8211

“No puedes darte el lujo de no estar asegurado”

NevadaHealthLink.com

855-7-NVLINK (855-768-5465)

Documentos que Necesita para Inscribirse

- ☑ *Licencia de conducir válida o identificación con foto; identificación de estudiante para niños dependientes*
- ☑ *Tarjeta de Residencia Permanente/ Registro de Extranjero (si aplica)*
- ☑ *Tarjetas de Seguro Social y fechas de nacimiento de todos los miembros del hogar*
- ☑ *Comprobante de residencia en Nevada (factura de teléfono, electricidad, etc.)*
- ☑ *Estimado de ingresos del hogar*
- ☑ *Tres talones de pago más recientes*
- ☑ *Información de seguro médico (si tiene cobertura médica). Información del empleador si la cobertura médica es por parte de trabajo.*

Localidades para Inscripción

Reno

Community Health Alliance

2244 Oddie Blvd.
Sparks, NV 89431
775-329-6300
www.chanevada.org

Elko

State of Nevada Office for Consumer Health Assistance (OCHA)

701 Walnut St., Room #3
Elko, NV 89801
775-753-5709
dhhs.nv.gov/Programs/CHA

Los 10 Beneficios de Salud Esenciales

Estos beneficios están garantizados con cualquier plan de seguro médico certificado obtenido por Nevada Health Link.

	Servicios ambulatorios (cuidado médico sin ser admitido al hospital)
	Servicios de emergencia
	Hospitalización (cirugías y estancias nocturnas)
	Servicios de embarazo, maternidad y cuidado del recién nacido; incluyendo cobertura de servicios de lactancia materna
	Servicios de salud mental y abuso de sustancias, incluidos los tratamientos para modificacíon de la conducta (como asesoría y psicoterpia)
	Medicamentos recetados; incluyendo cobertura de anticonceptivos
	Servicios y equipo de rehabilitación y habilitación
	Servicios de laboratorio
	Servicios de bienestar y prevención y manejo de enfermedades crónicas
	Servicios pediátricos, incluyendo dental y visión (dental y visión no están cubiertos para adultos)

nevada enlace de **seguro médico**

conectándote a un seguro médico

Guía de Recursos

Localidades de Agente y Navegadores para Inscripción

Las Vegas

Alberto Ochoa, Smart Buy Insurance, Inc.
The Boulevard Mall
3680 S. Maryland Pkwy. Suite 110
Las Vegas, NV 89169
702-242-3200
English, Spanish
M-F 10 a.m. to 5 p.m.
alberto@smartbuyagency.com

Brian Douglas, ProtectHealth Ins.
2202 W. Charleston Blvd.
Suite 8
Las Vegas, NV 89102
702-988-9388
English, Spanish
Sun - 12 p.m. to 5 p.m.
M- Th 7 a.m. to 7 p.m.
F- 7 a.m. to 5 p.m.
Sat - 9 a.m. to 4 p.m.
brian@protectnv.com
protect-health.com

Asian Community Development Council (ACDC)
2610 S. Jones Blvd., Suite 3
Las Vegas, NV 89146
702-489-8866
acdcnv.org

Asian Community Resource Center (ACRC)
3111 S. Maryland Parkway
Las Vegas, NV 89109
702-984-0015
lvacrc.org

Consumer Assistance & Resource Enterprise (CARE)
3230 S. Buffalo Drive, Suite 107
Las Vegas, NV 89117
702-836-9033
carenv.org

Community Strong 702
3940 N. Martin Luther King Blvd.
Suite 100
North Las Vegas, NV 89032
702-913-5161

Hope Christian Health Center
4040 N. Martin Luther King Blvd.
Suite A
North Las Vegas, NV 89032
702-644-4673
hopehealthvegas.org

Nevada Health Centers – Las Vegas
1799 Mt. Mariah Drive
Las Vegas, NV 89106
800-787-2568
nvhealthcenters.org

State of Nevada Office for Consumer Health Assistance (OCHA)
555 E. Washington Ave.
Suite 4800
Las Vegas, NV 89101
702-486-3587
Toll Free: 888-333-1597
dhhs.nv.gov/Programs/CHA

Three Square
4190 N. Pecos Rd.
Las Vegas, NV 89115
702-644-3663 ext 377 or
702-765-4030
threesquare.org

Henderson

Christopher Carothers, Carothers Insurance Agency, Inc. and Your Insurance Agency
Galleria Mall – Under the Food Court
1300 W. Sunset Road, Suite 1537
Henderson NV 89014
702-385-3684
M- Sat 10 a.m. to 9 p.m.
Sun- 10 a.m. to 6 p.m. and closed all Federal holidays
English, Italian, French, German, Spanish, Japanese
healthlinkhelp@carothersins.com

Nathan Kamo, Kamo Insurance Agency
1368 Paseo Verde Pkwy.
Suite 200B
Henderson, NV 89012
702-425-5663
English, Spanish
available upon request
M-F - 8 a.m. to 5 p.m.
Weekend appointments available upon request
nkamo@kamoinsuranceagency.com,
kamoinsuranceagency.com

Dignity Health St. Rose Dominican
2651 Paseo Verde Pkwy.
Suite 180
Henderson, NV 89074
(702) 616-4904
dignityhealth.org/las-vegas

Pahrump

Brent Leavitt, Battle Born Financial Advisor
41 N HWY 160, Suite 10
Pahrump, NV 89060
775-338-9125
English
M, T, Th, F- 9 a.m. to 5 p.m.
Sat, Call for Appointment
bleavitt@swcares.com

NV Outreach Training Organization/No to Abuse (aka Pahrump Family Resource Center)
621 S. Blagg Rd.
Pahrump, NV 89048
775-751-1118
nevadaoutreach.org/pahrump-family-resource-center

NevadaHealthLink.com
855-7-NVLINK (855-768-5465)

Documentos que Necesita para Inscribirse

- Licencia de conducir válida o identificación con foto; identificación de estudiante para niños dependientes
- Tarjeta de Residencia Permanente/ Registro de Extranjero (si aplica)
- Tarjetas de Seguro Social y fechas de nacimiento de todos los miembros del hogar
- Comprobante de residencia en Nevada (factura de teléfono, electricidad, etc.)
- Estimado de ingresos del hogar
- Tres talones de pago más recientes
- Información de seguro médico (si tiene cobertura médica). Información del empleador si la cobertura médica es por parte de trabajo.

Los 10 Beneficios de Salud Esenciales

Estos beneficios están garantizados con cualquier plan de seguro médico certificado obtenido por Nevada Health Link.

	Servicios ambulatorios (cuidado médico sin ser admitido al hospital)
	Servicios de emergencia
	Hospitalización (cirugías y estancias nocturnas)
	Servicios de embarazo, maternidad y cuidado del recién nacido; incluyendo cobertura de servicios de lactancia materna
	Servicios de salud mental y abuso de sustancias, incluidos los tratamientos para modificacíon de la conducta (como asesoría y psicoterpia)
	Medicamentos recetados; incluyendo cobertura de anticonceptivos
	Servicios y equipo de rehabilitación y habilitación
	Servicios de laboratorio
	Servicios de bienestar y prevención y manejo de enfermedades crónicas
	Servicios pediátricos, incluyendo dental y visión (dental y visión no están cubiertos para adultos)

nevada enlace de seguro médico
conectándote a un seguro médico

Guía de Recursos

“La vida esta llena de cambios. Nosotros te mantendremos conectado.”

- Casarse o divorciarse
- Mudarse
- Cambio en ingresos o empleo
- Un nacimiento o adopción
- Pérdida de seguro de salud (Empleador, COBRA, Medicaid, Medicare)
- Cumplir 26 años
- Obtener estatus legal en EUA

nevada enlace de **seguro médico**

conectándote a un seguro médico

NevadaHealthLink.com

855-7-NVLINK (855-768-5465)

Un cambio de vida reciente le puede hacer calificar para un periodo de inscripción especial para obtener seguro de salud. Si ha pasado por uno de estos cambios, puede haber un plan que funcione para usted en ***NevadaHealthLink.com***

Aviso: Condiciones aplican. Llame o haga click para ver si califica. 9266_3/18

UNA GUÍA PARA EL EMPLEADO SOBRE LOS BENEFICIOS DE SALUD BAJO

COBRA

Esta publicación ha sido desarrollada por el Departamento del Trabajo de EE.UU., Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (EBSA, por sus siglas en inglés).

Para ver esta publicación y otras publicaciones de EBSA, visite al sitio Web de la agencia en: **dol.gov/agencies/ebsa**.

Para solicitar publicaciones o para hablar con un asesor sobre beneficios, comuníquese con EBSA electrónicamente a: **dol.gov/es/agencies/ebsa/about-ebsa/ask-a-question/hace-una-pregunta**.
O llame a nuestro número gratuito: **1-866-444-3272**.

Este material estará disponible en formatos alternativos según solicitud para personas discapacitadas.

Teléfono de voz: **(202) 693-8664**
TTY: **(202) 501-3911**

Este cuadernillo es una pequeña guía de cumplimiento de la entidad para efectos de la Ley de Aplicación de Regulaciones de Pequeños Negocios de 1996.Índice

Índice

Introducción 1

¿Qué es la continuación de cobertura bajo COBRA? 2

¿Quién tiene derecho a la continuación de cobertura? 4

Sus derechos y responsabilidades bajo COBRA:
Procedimientos de notificación y elección 6

Beneficios bajo la continuación de cobertura 10

Duración de la continuación de cobertura 10

Gráfico: Resumen de los eventos calificativos,
beneficiarios calificados y períodos máximos
para la continuación de cobertura 13

Cómo pagar por la continuación de cobertura 13

Coordinación con otras leyes respecto a beneficios federales 15

Papel del gobierno federal 16

Recursos 16

Introducción

Los planes de salud ayudan a los trabajadores y a sus familias a encargarse de sus necesidades médicas esenciales. Es uno de los beneficios más importantes que ofrece un empleador.

Hubo un tiempo cuando la cobertura de salud grupal provista por un empleador peligraba en el caso de que un empleado fuera despedido, cambiara de trabajo o se divorciara. Según la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, por sus siglas en inglés), muchos de los empleados y sus familias que pierden la cobertura del plan de salud grupal debido a eventos de vida graves pueden continuar teniendo la cobertura del plan de salud grupal del empleador, por lo general, por cuenta propia y por períodos limitados.

Este folleto explica sus derechos bajo COBRA a una extensión temporal de cobertura de salud grupal provista por el empleador, llamada continuación de cobertura bajo COBRA.

Este folleto le:

- Ofrecerá una explicación general de sus derechos y responsabilidades bajo COBRA.
- Delineará las reglas de COBRA que deberían seguir los planes grupales de salud.
- Destacará sus derechos a beneficios mientras esté recibiendo continuación de cobertura bajo COBRA.

¿Qué es la continuación de cobertura bajo COBRA?

La Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) exige que la mayoría de los planes de salud grupales provean una continuación temporera de la cobertura de salud grupal que, de otra manera, quedaría terminada.

COBRA exige que se ofrezca continuación de cobertura a empleados cubiertos, a sus cónyuges, a sus cónyuges anteriores y a sus hijos dependientes cuando de otra manera perderían su cobertura de salud grupal debido a ciertos eventos específicos. Aquellos eventos incluyen el fallecimiento de un empleado cubierto, la cancelación o reducción de las horas de trabajo de un empleado cubierto por razones que no incluyan un acto grave de mala conducta, divorcio o separación legal de un empleado cubierto, elegibilidad de un empleado cubierto para recibir los beneficios de Medicare y pérdida de clasificación de un hijo como dependiente (y por lo tanto de su cobertura) bajo el plan.

Los empleadores pueden exigir que los individuos que eligen la continuación de cobertura paguen el costo total de la cobertura, más un cargo administrativo del 2 por ciento. El pago exigido para la continuación de cobertura es a menudo más costoso que la cantidad que se exige que paguen los empleados activos por la cobertura de salud grupal, debido a que el empleador generalmente paga una parte del costo de la cobertura de los empleados y todo ese costo puede cobrarse a los individuos que reciben continuación de cobertura. Sin embargo, el pago de COBRA es normalmente más costoso que la cobertura de salud individual. Aunque es obligatorio ofrecer la continuación de cobertura bajo COBRA, sólo dura por un período limitado de tiempo. Este folleto tratará todas estas disposiciones en más detalle.

COBRA generalmente es aplicable a todos los planes de salud grupales mantenidos por empleadores del sector privado (con al menos 20 empleados) o por gobiernos estatales y locales. La ley no es aplicable, sin embargo, a planes patrocinados por el gobierno federal o por iglesias y ciertas organizaciones relacionadas con las iglesias. Además, muchos estados disponen de leyes similares a COBRA, incluidas las que se aplican a las aseguradoras de empleadores que tienen menos de 20 empleados (a veces llamadas mini-COBRA). Haga una consulta en la oficina del comisionado de seguro estatal para ver si este tipo de cobertura está disponible para usted.

Bajo COBRA, un plan de salud grupal es cualquier arreglo que establece o mantiene un empleador para proveerles a los empleados o a sus familias atención médica, ya sea ésta provista por un seguro, organización de mantenimiento de la salud, bienes del empleador en forma de “pago por uso” o de otra forma. Para este propósito, “atención médica” incluye:

- Atención hospitalaria de internación y ambulatoria.
- Atención por parte de un médico.
- Cirugía y otros beneficios médicos mayores.
- Drogas recetadas.
- Atención dental y de la visión.

El seguro de vida no se considera “atención médica” ni tampoco los beneficios por incapacitado. COBRA no cubre planes que sólo proveen seguro de vida o beneficios por incapacitado.

ERISA – la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 – rige generalmente los planes de salud grupales cubiertos por COBRA que son patrocinados por empleadores del sector privado. ERISA no exige que los empleadores establezcan planes ni que provean ningún tipo o nivel de beneficios en particular, pero sí exige que los planes cumplan con las reglas de ERISA, y esta a su vez, les ofrece a los participantes y beneficiarios derechos que son ejecutables en los tribunales.

Alternativas a la continuación de cobertura bajo COBRA

Si usted tiene derecho a elegir la continuación de cobertura bajo COBRA cuando de otra manera perdería su cobertura de salud grupal bajo un plan de salud grupal, debería considerar todas las opciones que podría tener para obtener otra cobertura de salud antes de tomar su decisión. Puede haber opciones de cobertura más asequibles o más generosas para usted y su familia a través de otra cobertura de plan de salud grupal (por ejemplo, el plan de su cónyuge), del Mercado de Seguros Médicos o Medicaid.

Si usted o sus dependientes están perdiendo su elegibilidad bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés), para recibir cobertura de salud grupal, incluyendo la elegibilidad para la continuación de cobertura, podría tener derecho a inscripción especial (inscripción sin esperar hasta la siguiente época de inscripción abierta) en otra cobertura de salud grupal. Por ejemplo, un empleado que estuviera perdiendo su elegibilidad para cobertura de salud grupal podría tener derecho a inscribirse en forma especial en el plan de su cónyuge. Un dependiente que estuviera perdiendo su elegibilidad para cobertura de salud grupal podría tener derecho a inscribirse en un plan de salud grupal del otro padre. Para tener la oportunidad de una inscripción especial, usted o su dependiente deberían haber tenido otra cobertura de salud cuando previamente se rehusó la cobertura bajo el plan en el cual ahora quiere inscribirse. Debe solicitar la inscripción especial dentro de **30** días de la pérdida de la cobertura basada en el empleo.

Perder la cobertura de salud basada en el empleo también se considera un evento de inscripción especial en el Mercado de Seguros Médicos (el Mercado). El Mercado ofrece un único lugar para encontrar y comparar opciones de seguros médicos privados. En el Mercado, podría ser elegible para obtener un crédito fiscal que reduzca sus primas mensuales, y reducciones en los costos compartidos (montos que disminuyen sus costos de desembolso para deducibles, coseguro y copagos), y puede ver cuáles serán sus primas, deducibles y costos de desembolso antes de tomar la decisión de inscribirse.

La elegibilidad para la continuación de la cobertura de COBRA no limitará su elegibilidad para obtener la cobertura del Mercado o el crédito fiscal. Puede solicitar la cobertura del Mercado a

CuidadoDeSalud.gov o bien, llame al **1-800-318-2596** (TTY **1-855-889-4325**). A fin de calificar para la inscripción especial en un plan del Mercado, debe seleccionar un plan dentro de **60** días anteriores o posteriores de la pérdida de la cobertura basada en el empleo. Además, durante el período de inscripción abierta, cualquier persona puede inscribirse para obtener cobertura del Mercado. Si necesita cobertura de salud en el período comprendido desde la pérdida de la cobertura basada en el empleo hasta el comienzo de la cobertura del Mercado (por ejemplo, si usted o un miembro de su familia necesitan atención médica), puede elegir la cobertura de COBRA del plan de su empleador anterior. La continuación de cobertura bajo COBRA le garantiza la obtención de cobertura de salud hasta el comienzo de la cobertura del plan del Mercado.

A través del Mercado también puede saber si califica para obtener cobertura gratuita o de bajo costo de Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés). Puede realizar una solicitud e inscribirse en Medicaid o CHIP en cualquier momento del año. Si califica, su cobertura comenzará inmediatamente. Visite el sitio Web del Mercado a **CuidadoDeSalud.gov** o llame al **1-800-318-2596** (TTY **1-855-889-4325**) para obtener más información o solicitar uno de estos programas. También puede solicitar la cobertura de Medicaid; para ello, comuníquese con la oficina de Medicaid de su estado y obtenga más información sobre el programa CHIP de su estado llamando al **1-877-KIDS-NOW (543-7669)**, o puede visitar el sitio Web de Medicaid y CHIP a **espanol.InsureKidsNow.gov**.

Si usted o su dependiente eligen la continuación de cobertura bajo COBRA, tendrán otra oportunidad para solicitar la inscripción especial en un plan de salud grupal o un plan del Mercado si tiene un acontecimiento de inscripción especial, como matrimonio, nacimiento de un hijo o si se agota la continuación de su cobertura. Para que se agote la continuación de cobertura bajo COBRA, usted o su dependiente deben obtener el período máximo de continuación de cobertura que está disponible sin terminación temprana. Tenga en cuenta que si opta por finalizar su continuación de cobertura bajo COBRA en forma temprana y no tiene oportunidad de inscripción especial en ese momento, por lo general, debería esperar para inscribirse en otra cobertura hasta que comience el siguiente período de inscripción abierta para un plan de salud grupal nuevo o un plan del Mercado.

¿Quién tiene derecho a la continuación de cobertura?

Existen tres requerimientos básicos que deberían cumplirse para que usted tenga el derecho a elegir la continuación de cobertura bajo COBRA:

- Su plan de salud grupal debería estar **cubierto** por COBRA;
- Debería ocurrir un **evento calificativo**; y
- Usted debería ser un **beneficiario calificado** para ese evento.

Cobertura del plan

COBRA cubre planes de salud grupales patrocinados por un empleador (sector privado o gobierno estatal/local) que empleó al menos 20 empleados durante más del 50 por ciento de sus típicos días laborales durante el año calendario anterior. Se cuentan tanto los empleados a tiempo completo como los de tiempo parcial para determinar si un plan está sujeto a COBRA. Cada empleado a tiempo parcial cuenta como una fracción de un empleado a tiempo completo, esta fracción siendo equivalente al

número de horas que trabajó el empleado a tiempo parcial dividido por las horas que debería trabajar un empleado para considerarlo a tiempo completo.

Eventos calificativos

"Eventos calificativos" son eventos que causan que un individuo pierda su cobertura de salud grupal. El tipo de evento calificativo determina quiénes son los beneficiarios calificados para ese evento y el período de tiempo durante el cual un plan debería ofrecer continuación de cobertura. COBRA establece sólo los mínimos requerimientos para la continuación de cobertura. Un plan siempre puede elegir proporcionar períodos de continuación de cobertura más largos.

Los siguientes eventos son eventos calificativos para un empleado cubierto si causan que el **empleado cubierto** pierda la cobertura:

- Terminación del empleo del empleado por cualquier razón que no incluya un caso de "mala conducta grave"; o
- Reducción de las horas de trabajo del empleado.

Los siguientes eventos son eventos calificativos para el **cónyuge** e **hijo dependiente** de un empleado cubierto si causan que el cónyuge o hijo dependiente pierdan su cobertura:

- Terminación del empleo del empleado cubierto por cualquier razón que no un caso de "mala conducta grave".
- Reducción de las horas trabajadas por el empleado cubierto.
- El empleado cubierto se vuelve elegible para recibir los beneficios de Medicare.
- Divorcio o separación legal del cónyuge y el empleado cubierto.
- Fallecimiento del empleado cubierto.

Además de lo enumerado arriba, el siguiente es un evento calificativo para un **hijo dependiente** de un empleado cubierto si causa que el hijo pierda su cobertura:

- Pérdida de la clasificación de "hijo dependiente" bajo las reglas del plan. Según la Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio, los planes que ofrecen cobertura para los niños que están inscritos en el plan de sus padres deben ofrecer cobertura hasta que el niño cumpla los 26 años de edad.

Beneficiarios calificados

Un beneficiario calificado es un individuo que estuvo cubierto por un plan de salud grupal el día antes de ocurrir un evento calificativo que causó que perdiera su cobertura. Sólo ciertos individuos pueden volverse beneficiarios calificados debido a un evento calificativo y el tipo de evento calificativo determina quién puede volverse un beneficiario calificado cuando esto ocurre. Un beneficiario calificado debería ser un empleado cubierto, el cónyuge o cónyuge anterior del empleado o el hijo dependiente del empleado. En ciertos casos que involucren la insolvencia del empleador que está patrocinando el plan, un empleado jubilado, el cónyuge (o cónyuge anterior) del empleado jubilado y los hijos dependientes del empleado jubilado podrán ser beneficiarios calificados. Además, cualquier niño que un empleado cubierto haya nacido, adoptado o puesto en adopción durante un período

de continuación de cobertura es automáticamente considerado un beneficiario calificado. Agentes, contratistas independientes y directores de un empleador que participan en el plan de salud grupal también podrán ser beneficiarios calificados.

Sus derechos y responsabilidades bajo COBRA: Procedimientos de notificación y elección

Bajo COBRA, los planes de salud grupales deberían proveerles a los empleados cubiertos y a sus familias ciertas notificaciones explicando sus derechos bajo COBRA. Planes también deberían tener reglas acerca de cómo se ofrece la continuación de cobertura bajo COBRA, cómo pueden elegir los beneficiarios calificados la continuación de cobertura y cuándo podrá cancelarse.

Procedimientos para la notificación

Resumen de la descripción del plan

Los derechos de COBRA provistos bajo el plan, así como otra información importante referente al plan, deberían detallarse en el resumen de la descripción del plan (SPD, por sus siglas en inglés). Este resumen es un documento escrito que ofrece información importante acerca del plan, incluyendo cuáles beneficios están disponibles bajo el plan, los derechos de los participantes y beneficiarios de acuerdo al plan y cómo funciona el plan. ERISA exige que los planes de salud grupales le proporcionen a cada participante un SPD dentro de los 90 días de incorporarse a un plan (o dentro de los 120 días luego de que el plan esté sujeto inicialmente a las disposiciones de notificación y revelación de ERISA). Además, en caso de cambios sustanciales al plan, el plan debería darles a los participantes un resumen de las modificaciones sustanciales (SMM, por sus siglas en inglés) como máximo 210 días luego del final del año del plan durante el cual los cambios se hicieron efectivos. Si el cambio es una reducción sustancial en los servicios o beneficios cubiertos, debería proporcionarse el SMM a más tardar 60 días después de adoptarse la reducción. Un participante o beneficiario cubierto bajo el plan puede pedir una copia del SPD y de cualquier SMM (así como de cualquier otro documento perteneciente al plan), los cuales deberían proporcionarse dentro de los 30 días de un pedido por escrito.

Notificación general de COBRA

Los planes de salud grupales deberían proporcionarle a cada empleado y a cada cónyuge de un empleado para el cual se inicie la cobertura bajo el plan una **notificación general** que describa los derechos de acuerdo a COBRA. La notificación general debería proporcionarse dentro de los primeros 90 días de la cobertura. Los planes de salud grupales pueden satisfacer este requerimiento dándole a usted el SPD del plan dentro de este plazo, siempre y cuando contenga la información de notificación general. La notificación general debería contener la información que usted necesita para proteger sus derechos bajo COBRA cuando se inicie su cobertura bajo el plan, incluyendo el nombre del plan y de la persona con la que se pueda comunicar para obtener más información, una descripción general de la continuación de cobertura provista bajo el plan y una explicación de cualquier notificación que debería proporcionarle al plan para proteger sus derechos bajo COBRA.

Notificaciones de eventos calificativos bajo COBRA

Antes de que un plan de salud grupal deba ofrecer continuación de cobertura, debería ocurrir un evento calificativo y se debería notificar al plan de salud grupal acerca del evento calificativo. Quién debería proveer la notificación acerca del evento calificativo depende del tipo de evento calificativo.

El **empleador** debería notificarle al plan si el evento calificativo es:

- La cancelación o reducción de las horas de empleo del empleado cubierto;
- El fallecimiento del empleado cubierto;
- El comienzo de la elegibilidad del empleado cubierto para recibir los beneficios de Medicare; o
- La insolvencia del empleador del sector privado.

El empleador debe notificar al plan en el plazo de 30 días posteriores al evento.

Usted (el empleado cubierto o uno de los beneficiarios calificados) debería notificarle al plan si el evento calificativo es:

- Divorcio;
- Separación legal; o
- La pérdida de la clasificación de un hijo como dependiente bajo el plan.

Usted debería entender las reglas de su plan acerca de cómo debe presentar las notificaciones si ocurre uno de estos eventos calificativos. El plan debería tener procedimientos sobre cómo notificar un evento calificativo y los procedimientos deberían describirse tanto en la notificación general como en el SPD del plan. El plan puede establecer un tiempo límite para proveer este aviso, pero el tiempo límite no puede ser inferior a 60 días, comenzando con lo que ocurra más tarde de: (1) la fecha en que ocurre el evento calificativo; (2) la fecha en que usted pierda (o perdería) la cobertura bajo el plan como resultado de un evento calificativo; o (3) la fecha en que se le informe, a través de la provisión

de un SPD o de un aviso general de COBRA, sobre la responsabilidad de notificar al plan y los procedimientos para hacerlo.

Si su plan no tiene procedimientos razonables sobre cómo proveer una notificación acerca de un evento calificativo, usted puede proporcionar su notificación comunicándose con la persona o unidad de su empleador que maneja los asuntos del empleador respecto a beneficios del empleado. Si su plan es un plan de múltiples empleadores, también se podrá proporcionar la notificación a la junta de fideicomisarios conjuntos y, si el plan lo administra una compañía de seguros (o si los beneficios se proveen a través de un seguro), podrá proporcionarse la notificación a la compañía de seguros.

Notificación de COBRA sobre elección de cobertura

Luego de recibir una notificación acerca de un evento calificativo, el plan debería proporcionarles a los beneficiarios calificados una notificación de elección, en la que se describen sus derechos a la continuación de cobertura y cómo hacer una elección. La notificación debería proporcionarse a los beneficiarios calificados dentro de los 14 días luego de que el administrador del plan reciba la notificación respecto a un evento calificativo. La notificación de la elección debería contener toda la información que usted necesitará para entender la continuación de cobertura y para tomar una decisión informada acerca de elegir o no la continuación de cobertura. También debería proporcionarle el nombre del administrador del plan bajo COBRA y explicarle cómo obtener más información.

Notificación de COBRA sobre la falta de disponibilidad de la continuación de cobertura

Los planes de salud grupales podrán a veces denegar un pedido para la continuación de cobertura o para una extensión de la continuación de cobertura. Si usted o cualquier miembro de la familia solicitan continuación de cobertura o una extensión de esta cobertura, y el plan determina que usted o su familiar no tienen derecho a la cobertura solicitada por cualquier motivo, el plan debe proporcionarle a la persona que solicitó la cobertura un aviso de no disponibilidad de la continuación de cobertura. La notificación debería ser provista dentro de los 14 días de recibir el pedido y debería explicar la razón por la cual éste fue denegado.

Notificación de COBRA sobre la cancelación temprana de la continuación de cobertura

La continuación de cobertura debería proporcionarse generalmente por un período máximo (18, 29 o 36 meses). El plan de salud grupal puede cancelar la continuación de cobertura en forma más temprana, sin embargo, por cualquiera de varias razones específicas. (Vea **Duración de la continuación de cobertura** más adelante en este folleto.) Cuando un plan de salud grupal decide cancelar la continuación de cobertura en forma temprana por cualquiera de estas razones, el plan debería darle al beneficiario calificado una notificación acerca de la cancelación temprana. La notificación debería darse en cuanto sea practicable luego de tomarse la decisión, y debería describir la fecha en que terminará la cobertura, la razón de la cancelación y cualquier derecho que pudiera tener el beneficiario calificado bajo el plan o bajo la ley aplicable de elección de cobertura grupal alternativa o individual, tal como el derecho de pasar a una póliza individual.

Reglas especiales para planes de múltiples empleadores

Se les permite a los planes de múltiples empleadores adoptar algunas reglas especiales para las notificaciones respecto a COBRA. Primero, un plan de múltiples empleadores puede adoptar sus propios límites de plazo uniformes para la notificación respecto al evento calificativo o para la notificación de elección. Un plan de múltiples empleadores también puede elegir no exigirles a los empleadores que proporcionen notificaciones respecto a eventos calificativos y que el administrador del plan sea quien determine cuando haya ocurrido un evento calificativo. Cualquier regla especial respecto a planes de múltiples empleadores debería estar establecida en los documentos del plan (y en el SPD).

Procedimientos de elección

Si usted tiene derecho a elegir la continuación de cobertura COBRA, deberían ofrecerle un período de elección de por lo menos 60 días (comenzando el día que le proporcionaron la notificación de elección o el día en que perdería su cobertura, cualquiera de estas fechas que ocurra más tarde) para decidir si elegir o no la continuación de cobertura.

Cada uno de los beneficiarios calificados para un evento calificativo puede elegir la continuación de cobertura independientemente. Esto significa que si ambos usted y su cónyuge tienen el derecho a elegir la continuación de cobertura, cada uno puede decidir por separado si hacerlo o no. Sin embargo, se debería permitir que el empleado cubierto o el cónyuge elijan en representación de cualquier hijo dependiente o de todos los beneficiarios calificados. Un padre o tutor legal puede elegir en representación de un niño menor de edad.

Si usted renuncia a la continuación de cobertura durante el período de elección, debería permitírsele revocar su renuncia de cobertura más adelante y elegir la continuación de cobertura, siempre que lo haga durante el período de elección. Bajo esas circunstancias, el plan sólo necesita proporcionar continuación de cobertura a partir del día en que usted revocó la renuncia.

Algunas personas que participan en el Programa de Ayuda de Ajuste Comercial (TAA, por sus siglas en inglés) tienen una segunda oportunidad para optar por la continuación de cobertura bajo COBRA. Las personas que son elegibles y reciben la Asignación por Reajuste Comercial (TRA, por sus siglas en inglés), las personas que serían elegibles para recibir la TRA, pero aún no han agotado los beneficios del seguro por desempleo (UI, por sus siglas en inglés) y las personas que reciben beneficios conforme al Programa de Ayuda de Ajuste Comercial Alternativa (ATAA, por sus siglas en inglés) o Ayuda para el Reempleo por Ajuste Comercial (RTAA, por sus siglas en inglés) y no optaron por COBRA durante el período de elección general, pueden obtener un segundo período de elección. Este segundo período de elección adicional comprende 60 días que se cuentan a partir del primer día del mes en el que se determina que la persona es elegible para obtener los beneficios de TAA que se enumeran más arriba, y recibe estos beneficios. Por ejemplo, si el período de elección general de la persona finaliza y se determina que esta es elegible para obtener la TRA (o sería elegible para la TRA pero no ha agotado los beneficios del UI) o comienza a recibir los beneficios de ATAA o RTAA 61 días después de quedar desempleada, al comienzo del mes, tendrá alrededor de 60 días más para optar por COBRA. No obstante, si esta misma persona no cumple con los criterios de elegibilidad hasta el final del mes, aun así los 60 días se cuentan a partir del primer día del mes en curso, con lo cual la persona

tiene alrededor de 30 días. Además, la elección de COBRA tiene que realizarse a más tardar 6 meses después de la fecha en que se perdió la cobertura relacionada con el TAA. Por lo general, la cobertura de COBRA que se haya elegido durante el segundo período de elección comienza el primer día de dicho período. Visite **doleta.gov/tradeact** para obtener más información sobre la Ley de Comercio.

Beneficios bajo la continuación de cobertura

Si usted elige la continuación de cobertura, la cobertura que se le ofrece debería ser idéntica a la cobertura disponible actualmente bajo el plan para empleados activos en igual situación y sus familias (generalmente ésta es la misma cobertura que tenía usted inmediatamente antes del evento calificativo). Usted también tendrá derecho, mientras esté recibiendo la continuación de cobertura, a los mismos beneficios, opciones y servicios que un participante o beneficiario en igual situación esté recibiendo actualmente bajo el plan, tal como el derecho durante una época de inscripción abierta de elegir entre varias opciones de cobertura disponibles. También estará sujeto a las mismas reglas y límites que serían aplicables a un participante o beneficiario en igual situación, como requerimientos de copago, deducibles y límites de cobertura. Las reglas del plan para presentar reclamos por beneficios y para apelar cualquier negativa con relación a un reclamo también son aplicables.

Cualquier cambio a los términos del plan que sea aplicable a empleados activos igualmente situados y a sus familias también será aplicable a beneficiarios calificados que estén recibiendo continuación de cobertura bajo COBRA. Si a un empleado cubierto le nace o adopta un niño durante un período de continuación de cobertura, el niño es automáticamente considerado un beneficiario calificado recibiendo continuación de cobertura. Usted debería formular la consulta a su plan con el objeto de obtener las reglas aplicables para incorporar a su hijo a la continuación de cobertura bajo esas circunstancias.

Duración de la continuación de cobertura

Períodos máximos

COBRA requiere que la continuación de la cobertura se extienda a partir de la fecha del suceso calificador por un período limitado de 18 o 36 meses. El plazo en el cual debería estar disponible la continuación de cobertura (el “período máximo” de la continuación de cobertura) depende del tipo de evento calificativo que dio lugar a los derechos bajo COBRA. Un plan, sin embargo, puede proveer períodos de cobertura más largos más allá del período máximo exigido por ley.

Cuando el evento calificativo sea la terminación del empleo o una reducción de las horas de trabajo de un empleado cubierto, los beneficiarios calificados tienen el derecho a un máximo de **18 meses** de continuación de cobertura.

Cuando el evento calificativo es la finalización del empleo o la reducción de horas de trabajo del empleado y el empleado se hizo acreedor a los beneficios de Medicare menos de 18 meses antes del evento calificativo, la cobertura bajo COBRA para el cónyuge del empleado y dependientes puede estar vigente hasta 36 meses después de la fecha en la que el empleado se hizo acreedor a los

beneficios de Medicare. Por ejemplo, si un empleado cubierto se hace acreedor a los beneficios de Medicare 8 meses antes de la fecha en que finaliza su empleo (la terminación del empleo es el evento calificativo de COBRA) la cobertura bajo COBRA para su cónyuge e hijos estaría vigente durante 28 meses (36 meses menos 8 meses).

Para todos los demás eventos que califiquen, los beneficiarios calificados deben obtener **36 meses** continuación de cobertura.[1]

Cancelación temprana

Un plan de salud grupal puede cancelar la continuación de cobertura antes del final del período máximo por cualquiera de las siguientes razones:

- Las primas no se pagan en su totalidad en forma oportuna.
- El empleador deja de mantener un plan de salud grupal.
- Un beneficiario calificado empieza a recibir cobertura bajo otro plan de salud grupal luego de elegir la continuación de cobertura.
- Un beneficiario calificado se vuelve elegible para recibir los beneficios de Medicare luego de elegir la continuación de cobertura.
- Un beneficiario calificado participa en conducta que justificaría que el plan terminara la cobertura de un participante o beneficiario en igual situación que no esté recibiendo continuación de cobertura (tal como fraude).

Si se cancela la continuación de cobertura en forma temprana, el plan debería proveerle al beneficiario calificado una notificación acerca de dicha cancelación. (Vea **Sus derechos y responsabilidades bajo COBRA** más temprana en este folleto.)

Si decide finalizar la cobertura de COBRA en forma temprana, por lo general, no podrá obtener un plan del Mercado fuera del período de inscripción abierta. (Vea **Alternativas a la continuación de cobertura bajo COBRA** más temprana en este folleto).

Extensión de un período de continuación de cobertura de 18 meses

Si usted tiene el derecho a un período máximo de 18 meses de continuación de cobertura, podría volverse elegible para una extensión del período máximo bajo dos circunstancias. La primera es cuando un beneficiario calificado (ya sea usted o un familiar) se vuelve incapacitado; la segunda es cuando ocurre un segundo evento calificativo.

Incapacitado

Si alguno de los beneficiarios calificados en su familia se vuelve incapacitado y reúne ciertos requisitos, todos los beneficiarios calificados que estén recibiendo continuación de cobertura debido a un único evento calificativo tienen el derecho a una extensión de 11 meses del período máximo de

[1] Bajo COBRA, ciertos jubilados y sus familiares que reciben cobertura de salud posterior a la jubilación por parte de sus empleadores tienen derechos especiales bajo COBRA en el caso que el empleador esté involucrado en procedimientos de insolvencia iniciados el 1 de julio de 1986 o con posterioridad a esa fecha. Este folleto no describe por completo los derechos de ese grupo bajo COBRA.

continuación de cobertura (por un período máximo total de **29 meses** de continuación de cobertura). El plan puede cobrarles a los beneficiarios calificados una prima mayor de hasta el 150 por ciento del costo de la cobertura, durante la extensión de 11 meses por incapacitado. Los requisitos son, en primer lugar, que la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) determine que el beneficiario calificado discapacitado está incapacitado antes de que transcurran 60 días de continuación de cobertura y, en segundo lugar, que la discapacidad continúa durante el resto del período de 18 meses de la continuación de cobertura.

El beneficiario calificado incapacitado u otra persona que lo represente debería asimismo notificar al plan acerca de la determinación de la SSA. El plan puede establecer un plazo límite para proporcionar esta notificación acerca de la incapacitado, pero este plazo límite no podrá ser menor a 60 días, comenzando: (1) el día en que la SSA emita la determinación de incapacitado; (2) el día en que ocurra el evento calificativo; (3) la fecha en la que el beneficiario calificado pierda (o perdería) la cobertura bajo el plan como resultado del evento calificativo; o (4) la fecha en que se le informe al beneficiario calificado, a través de la provision de un SPD o de un aviso general COBRA, sobre la responsabilidad de notificar al plan y los procedimientos para hacerlo.

Podrá cancelarse el derecho a la extensión por incapacitado si la SSA determina que el beneficiario calificado incapacitado ya no tiene la condición de incapacitado. El plan podrá exigir que los beneficiarios calificados que estén recibiendo la extensión por incapacitado le avisen si la SSA hace tal determinación, aunque el plan debería darles a los beneficiarios calificados al menos 30 días luego de la determinación de la SSA para hacerlo.

Las reglas respecto a cómo proporcionar una notificación por incapacitado y una notificación de ya no estar más incapacitado deberían detallarse en el SPD del plan (y en la notificación de elección si se le ofrece un período máximo de 18 meses de continuación de cobertura).

Segundo evento calificativo

Si usted está recibiendo un período máximo de 18 meses de continuación de cobertura, podría tener el derecho a una extensión de 18 meses (ofreciendo un período máximo total de **36 meses** de continuación de cobertura) si experimentara un segundo evento calificativo que fuera el fallecimiento de un empleado cubierto, el divorcio o la separación legal de un empleado cubierto y su cónyuge, la elegibilidad de un empleado cubierto para recibir los beneficios de Medicare (bajos ciertas circumstancias), o la pérdida de la clasificación de un hijo como dependiente bajo el plan. El segundo evento puede ser un segundo evento calificativo sólo si hubiese causado que usted perdiera su cobertura bajo el plan en la ausencia del primer evento calificativo. Si ocurriera un segundo evento calificativo, usted necesitaría notificárselo al plan.

Las reglas acerca de cómo proporcionar una notificación respecto a un segundo evento calificativo deberían describirse en el SPD del plan (y en la notificación de elección si se le ofreciera un período máximo de 18 meses de continuación de cobertura). El plan puede establecer un tiempo límite para proveer este aviso, pero el tiempo límite no puede ser inferior a 60 días, comenzando con lo que ocurra más tarde de: (1) la fecha en que ocurre el evento calificativo; (2) la fecha en que usted pierda (o perdería) la cobertura bajo el plan como resultado del evento calificativo; o (3) la fecha en que se le informe, a través de la provisión de un SPD o de un aviso general de COBRA, sobre la responsabilidad de notificar al plan y los procedimientos para hacerlo.

Resumen de los eventos calificativos, beneficiarios calificados y períodos máximos para la continuación de cobertura

El siguiente cuadro muestra los eventos calificativos específicos, los beneficiarios calificados con el derecho a elegir la continuación de cobertura y el período máximo de continuación de cobertura que debería ofrecerse basado en el tipo de evento calificativo. **Observe que un evento es un evento calificativo sólo si logra que el beneficiario calificado pierda su cobertura bajo el plan**.

EVENTO CALIFICATIVO	BENEFICIARIOS CALIFICADOS	PERÍODO MÁXIMO DE CONTINUACIÓN DE COBERTURA
Cancelación (por razones que no incluyan un caso de mala conducta grave) o reducción de las horas de trabajo	Empleado Cónyuge Hijo dependiente	18 meses[2]
Inscripción del empleado en Medicare	Cónyuge Hijo dependiente	36 meses[3]
Divorcio o separación legal	Cónyuge Hijo dependiente	36 meses
Fallecimiento del empleado	Cónyuge Hijo dependiente	36 meses
Pérdida de clasificación del hijo como dependiente bajo el plan	Hijo dependiente	36 meses

Cómo pagar por la continuación de cobertura

Su plan de salud grupal puede exigir que usted pague por su continuación de cobertura bajo COBRA. La cantidad que se cobre a los beneficiarios calificados no puede ser superior al 102 por ciento del costo del plan para individuos cubiertos bajo el plan que estén en igual situación que no hayan experimentado un evento calificativo. Al determinar las primas de COBRA, el plan puede incluir los costos pagados por los empleados y el empleador, más un 2 por ciento adicional por costos administrativos.

Para beneficiarios calificados que reciban la extensión de 11 meses por incapacitado, la prima de COBRA correspondiente a esos meses adicionales incrementarse hasta el 150 por ciento del costo de cobertura total del plan para individuos en igual situación.

[2] Bajo ciertas circunstancias, los beneficiarios calificados con derecho a 18 meses de continuación de cobertura podrían volverse elegibles para una extensión de 11 meses adicionales por incapacidad (por un total máximo de 29 meses) o una extensión de 18 meses adicionales debido a la ocurrencia de un segundo evento calificativo (por un período máximo total de 36 meses). (Vea **Duración de la continuación de cobertura** más temprana en este folleto.)

[3] El período real de la continuación de cobertura puede variar según algunos factores, por ejemplo, si el derecho a Medicare ocurrió antes o después del cese de empleo o reducción de horas del empleado cubierto. Para obtener más información, vea **Duración de la continuación de cobertura** más temprana en este folleto o comuníquese con la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (EBSA) del Departamento del Trabajo electrónicamente a **dol.gov/es/agencies/ebsa/about-ebsa/ask-a-question/hace-una-pregunta**, o llame al **1-866-444-3272**.

La cantidad que COBRA les cobra a los beneficiarios calificados podrá incrementarse si aumenta el costo del plan, pero en general debería fijarse con anticipación a cada ciclo de 12 meses de primas. El plan debería permitir que usted pague las primas requeridas en forma mensual si así lo solicita, y el plan podrá permitirle hacer pagos a otros plazos (por ejemplo, semanal o trimestralmente). La notificación de elección debería contener toda la información que usted necesita para entender las primas de COBRA que tendrá que pagar, las fechas de pago y las consecuencias de un pago demorado o de falta de pago.

Cuando usted elige la continuación de cobertura, no se le puede exigir que envíe ningún pago con su formulario de elección. Sí se le podrá exigir, sin embargo, que haga un pago inicial de la prima dentro de los 45 días después de la fecha de su elección de cobertura bajo COBRA (ésa es la fecha en la cual usted envía por correo su formulario de elección, si es que utiliza correo de primera clase). No hacer algún pago durante ese plazo podría resultar en la pérdida de todos sus derechos bajo COBRA. El plan puede establecer las fechas de pago de las primas para períodos sucesivos de cobertura (después de su pago inicial), pero debería darle la opción de hacer pagos mensuales y concederle un período de 30 días de gracia para el pago de cualquier prima.

Usted debe saber que si no paga una prima antes del primer día de un período de cobertura, pero paga la prima dentro del período de gracia para ese período de cobertura, el plan tiene la opción de cancelar su cobertura hasta que reciba el pago y luego reintegrar la cobertura en forma retroactiva hasta el comienzo del período de cobertura. No hacer un pago en su totalidad antes del final de un período de gracia podría resultar en la pérdida de todos sus derechos bajo COBRA.

Si la cantidad de un pago efectuado al plan estuviera equivocada, pero no fuera significativamente menos que la cantidad pendiente, el plan está obligado a notificarle acerca de la deficiencia y a concederle un período razonable (para este propósito, 30 días es considerado razonable) para pagar la diferencia. El plan no está obligado a enviar notificaciones mensuales respecto a las primas.

Algunos empleadores pueden subsidiar o pagar el costo completo de la cobertura de salud, incluida la cobertura de COBRA, para los empleados despedidos y sus familias, como parte de un acuerdo de indemnización por despido. Si recibe este tipo de beneficio de indemnización por despido, hable con el administrador del plan acerca de cómo esto afectará su cobertura de COBRA o sus derechos a una inscripción especial.

Crédito fiscal para la cobertura médica

Ciertos individuos pueden ser elegibles para un crédito reembolsable de impuestos federales sobre los ingresos que pueden ayudar con el pago de la prima mensual que cualifican. El crédito de impuestos sobre la cobertura de salud (HCTC, por sus siglas en inglés), mientras que está disponible, pueden ser usados para pagar para tipos especificados de cobertura de seguro de salud (incluyendo la cobertura de continuación de COBRA).

Entre las personas potencialmente elegibles para obtener el HCTC se incluyen los trabajadores que pierden su empleo debido a los efectos negativos del comercio mundial y que son elegibles para recibir determinados beneficios, conforme al Programa de Asistencia de Ajuste Comercial (TAA, por sus siglas en inglés), así como ciertas personas que reciben pagos de pensión de la Pension Benefit

Guaranty Corporation (PBGC). El HCTC paga el 72.5 por ciento de las primas del seguro médico que cualifique, y las personas tienen que pagar el 27.5 por ciento. Para obtener más información sobre el TAA, visite **doleta.gov/tradeact/**.

Las personas que son elegibles para el HCTC pueden solicitar el crédito fiscal en sus declaraciones de impuesto sobre los ingresos al final del año. El crédito fiscal estará disponible como un pago mensual. Los familiares que cualifican de los recipientes de los TAA que son elegibles o los beneficiarios de PBGC que se inscriben en Medicare, fallecen o finalizan un divorcio son elegibles para recibir el HCTC por hasta 24 meses, a partir del mes en que ocurre el acontecimiento.

Las personas que tengan preguntas sobre el crédito fiscal para la cobertura médica tienen que visitar el sitio Web **IRS.gov/credits-deductions/individuals/hctc**.

Coordinación con otras leyes respecto a beneficios federales

La Ley de Ausencia Familiar y Médica (FMLA, por sus siglas en inglés) exige que un empleador mantenga cobertura bajo cualquier "plan de salud grupal" para un empleado con ausencia por FMLA bajo las mismas condiciones de cobertura que hubiesen sido provistas si el empleado hubiera continuado trabajando. La cobertura de salud grupal provista bajo FMLA durante una ausencia familiar o médica **no** es una continuación de cobertura bajo COBRA, y tomar una ausencia bajo FMLA no es un evento calificativo bajo COBRA. Puede ocurrir un evento calificativo bajo COBRA, sin embargo, cuando cesa la obligación de un empleador de mantener beneficios de salud bajo FMLA, tal como un empleado que está tomando ausencia bajo FMLA que decide no regresar al trabajo y le notifica este hecho a su empleador.

La Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio (ACA, por sus siglas en inglés) ofrece protecciones adicionales para la cobertura de los planes de salud grupales basados en el empleo, incluida la continuación de cobertura bajo COBRA. Estas incluyen:

- Extender la cobertura de hijos dependientes hasta los 26 años de edad.
- Prohibir los límites o las exclusiones de la cobertura por condiciones preexistentes.
- Prohibir los límites en dólares anuales o de por vida para los beneficios de salud esenciales.
- Exigir a los planes de salud grupales y a las aseguradoras que proporcionen un resumen fácil de entender sobre los beneficios y la cobertura del plan de salud.

Las protecciones adicionales que pueden aplicarse al plan de su empleador incluyen cobertura para:

- Ciertos servicios preventivos (como medición de la presión arterial y pruebas de diabetes y colesterol, visitas regulares de bebé sano y niño sano, vacunas de rutina y muchas pruebas de detección de cáncer) sin costos compartidos.
- Servicios de emergencia recibidos en el departamento de emergencia de un hospital fuera de la red del plan sin la aprobación previa de su plan de salud.

Medicare es el programa de seguro médico federal para las personas de 65 años o más y ciertas personas de menor edad con discapacidades o enfermedad renal en etapa final. Si está inscrito en Medicare y obtiene la continuación de cobertura COBRA, puede haber una coordinación especial de las normas de beneficios que determinan qué cobertura es pagadora principal de los beneficios.

Consulte su resumen de la descripción del plan para ver si se aplican normas especiales o consulte al administrador de su plan.

Papel del gobierno federal

Varias agencias administran las leyes respecto a la continuación de cobertura bajo COBRA. Los Departamentos del Trabajo y del Tesoro tienen jurisdicción sobre los planes de salud grupales del sector privado. El Departamento de Salud y Servicios Humanos administra la ley relacionada con la continuación de cobertura, que se aplica a los planes de salud del gobierno estatal y local.

La responsabilidad interpretativa del Departamento del Trabajo respecto a COBRA está limitada a los requerimientos de COBRA acerca de revelación y notificación. El Departamento del Trabajo ha emitido reglamentos respecto a las disposiciones de COBRA sobre notificaciones. El Departamento del Tesoro tiene la responsabilidad interpretativa de definir la continuación de cobertura. El Servicio de Impuestos Internos, Departamento del Tesoro, ha emitido reglamentos respecto a las disposiciones de COBRA relacionadas a elegibilidad, cobertura y pago. Los Departamentos del Trabajo y del Tesoro comparten jurisdicción para la aplicación de estas disposiciones.

Recursos

Si necesita información adicional sobre COBRA, ACA, HIPAA, o ERISA, visite el sitio Web de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (EBSA) en **dol.gov/agencies/ebsa**. O bien, puede comunicarse con EBSA electrónicamente a **dol.gov/es/agencies/ebsa/about-ebsa/ask-a-question/hace-una-pregunta**, o llame al número gratuito **1-866-444-3272**.

Los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid ofrecen información acerca de las disposiciones bajo COBRA para empleados del sector público. Para obtener más información, visite **cms.gov** o contacte la agencia electrónicamente a **phig@cms.hhs.gov** o llame al número gratuito **1-877-267-2323,** opción #4, ext. 61565.

Los empleados federales están cubiertos por una ley federal parecida a COBRA. Dichos empleados deberían comunicarse con la oficina de personal que sirve a su agencia para obtener más información acerca de extensiones temporales de beneficios de salud.

Para obtener más información sobre cómo inscribirse en el Mercado de Seguros Médicos, por ejemplo, cuándo será el próximo período de inscripción abierta y qué debe saber sobre los eventos que califican y las necesidades de inscripción especial, visite **CuidadoDeSalud.gov**.

Puede encontrar más información FMLA en el sitio Web de la División de Horas y Salarios del Departamento del Trabajo de EE.UU. en **dol.gov/whd** o llame al número gratuito **1-866-487-9243**.

Para obtener más información sobre Medicare, visite **Medicare.gov** o llame al **1-800-MEDICARE**.

Para información en el Programa de Ayuda de Ajuste Comercial (TAA), visite **doleta.gov/tradeact**. Para información sobre el Crédito Tributario para Cobertura de Salud (HCTC), visite **irs.gov/credits-deductions/individuals/hctc**.

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

septiembre 2017

Cobertura de Jubilación y Atención de Salud...

Preguntas y Respuestas para Trabajadores Desplazados

Esta publicación ha sido desarrollada por el Departamento del Trabajo de EE.UU., Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (EBSA, por sus siglas en inglés).

Para ver esta publicación y otras publicaciones de EBSA, visite al **sitio Web** de la agencia.

Para solicitar publicaciones o para hablar con un asesor sobre beneficios, comuníquese con EBSA **electrónicamente**.

O llame a nuestro número gratuito: **1-866-444-3272**.

Este material estará disponible en formatos alternativos según solicitud para personas discapacitadas.

Teléfono de voz: **(202) 693-8664**
TTY: **(202) 501-3911**

Este folleto es una pequeña guía de cumplimiento de la entidad para efectos de la Ley de Aplicación de Regulaciones de Pequeños Negocios de 1996.

Contenido

Introducción 1

Protegiendo sus beneficios de salud y de jubilación 1

Manteniendo su cobertura de salud 2

Inscripción en otro plan 2

Inscripción especial en el plan del cónyuge

Continuando en su plan anterior 4

¿Quiénes ofrecen la cobertura de COBRA?

Elección y pago de la cobertura

Cuánto tiempo dura la cobertura de COBRA

Cómo encontrar cobertura de salud individual 8

Mercado de Seguros Médicos

Medicaid y CHIP

Protegiendo sus activos de jubilación 10

Acceso a los fondos de jubilación

Consecuencias de un retiro adelantado

Seguridad de los activos de jubilación

Resumen 15

Mayor información 16

Introducción

Los cierres de fábricas y negocios, las reducciones en el tamaño de las empresas y las reducciones de horas de trabajo afectan a los empleados de muchas maneras adversas. Los trabajadores pierden un ingreso, la seguridad de un trabajo estable y, con frecuencia, los beneficios de salud y jubilación que acompañan al trabajo a tiempo completo. Como trabajador(a) desplazado(a) usted puede tener muchas preguntas, algunas de ellas referentes a sus beneficios de salud y jubilación. Por ejemplo, **¿Tengo acceso a mis fondos de jubilación? ¿Qué pasa con mis beneficios de salud? ¿Puedo seguir teniendo cobertura de salud hasta que encuentre otro trabajo?**

Usted puede tener derechos a ciertas protecciones de la jubilación y beneficios de salud aun cuando se quede sin trabajo. Si su empresa proporcionaba un plan de salud grupal, usted podría tener derecho a la continuación de los beneficios de salud por un periodo de tiempo si no encuentra un trabajo inmediatamente. También puede haber opciones de cobertura médica más económicas o más generosas disponibles para usted y su familia a través de otra cobertura de plan de salud grupal, por ejemplo, el plan de su cónyuge, del Mercado de Seguros Médicos para individuos y de ciertos programas gubernamentales. Con un cambio de empleo, usted debe entender de qué manera se afectan sus beneficios de jubilación. Conocer sus derechos puede ayudarle a protegerse a sí mismo y a su familia hasta que vuelva a trabajar a tiempo completo.

Este folleto enfoca algunas de las preguntas más comunes que hacen los trabajadores desplazados. Además, hay una pequeña guía para recursos adicionales en la parte posterior. Juntamente, pueden ayudarlo a tomar decisiones importantes acerca de su cobertura de salud y sus beneficios de jubilación.

Protegiendo sus beneficios de salud y de jubilación

La Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (EBSA, por sus siglas en inglés) hace cumplir y administra la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 (ERISA, por sus siglas en inglés), la misma provee un número de derechos y responsabilidades para los participantes en planes de jubilación y salud del sector privado y sus beneficiarios.

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés) ofrece derechos a una inscripción especial en otra cobertura de salud grupal para los trabajadores y los miembros de su familia (por ejemplo, en un plan provisto por el empleador del cónyuge).

La Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA, por sus siglas en inglés) proporciona a los trabajadores el derecho de continuar con su cobertura de salud por un tiempo limitado después de perder el empleo.

La Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio (ACA, por sus siglas en inglés) también ofrece derechos a una inscripción especial en la cobertura individual en el Mercado de Seguros Médicos (Mercado). La ACA incluye protecciones adicionales de cobertura de salud para los trabajadores desplazados y sus familias. Por ejemplo, los planes de salud grupal y los planes del Mercado no pueden denegar la cobertura de salud a las personas debido a una condición preexistente.

Las siguientes preguntas y respuestas se refieren a estas leyes y de qué manera pueden afectarlo a usted.

Manteniendo su cobertura de salud

Una de las primeras preguntas que hace un(a) trabajador(a) desplazado(a) es: ¿Qué pasa con mi cobertura de salud?

Tanto HIPAA, COBRA, y la ACA pueden proporcionarle una manera de continuar con la cobertura. Recuerde, usted, su cónyuge, y sus dependientes, tiene cada uno el derecho de decidir entre diversas opciones para continuar con la cobertura de salud. Por ejemplo, usted puede inscribirse en el plan de su cónyuge mientras que uno de sus dependientes puede elegir la cobertura de COBRA a través del plan de su empleador anterior.

Al conocer sus derechos, puede tomar decisiones inteligentes que lo mantendrán a usted y su familia cubiertos. Aun si es una persona sana, nunca se sabe cuándo podría necesitar cobertura de salud. Puede gastar un poco de dinero ahora y ahorrar mucho más adelante.

Inscripción en otro plan

HIPAA ofrece protecciones a las personas que pierden su empleo y su cobertura de salud.

La ley ofrece oportunidades adicionales para inscribirse en un plan de salud grupal si pierde otra cobertura o experimenta determinados acontecimientos, y prohíbe la discriminación de los empleados y sus dependientes por cualquier factor que influya su salud, incluidas las condiciones médicas anteriores, experiencia de reclamos anteriores e información genética.

Para la cobertura de salud garantizada, HIPAA puede complementarse con leyes estatales que ofrecen protecciones adicionales. Revise los documentos de su plan o pregúntele al administrador de su plan para saber si su plan está asegurado. Si este es su caso, visite la **National Association of Insurance Commissioners** para obtener la información de contacto según el estado donde reside.

Las siguientes preguntas explican de qué manera puede ayudarle HIPAA.

P **Me he quedado sin trabajo. ¿Existe alguna forma para que yo pueda obtener cobertura de salud para mí y mi familia?**

R Una opción más económica para mantener la cobertura de salud es la inscripción especial. Si estuviera disponible otra cobertura de salud grupal (por ejemplo, por medio del plan proporcionado por el empleador del cónyuge) se debe considerar la inscripción especial en dicho plan. Esto le permite a la persona y su familia una oportunidad para inscribirse en un plan para el cual son elegibles, sin consideración de los periodos de inscripción. Sin embargo, para calificar, la inscripción debe solicitarse dentro de los 30 días de perder la elegibilidad para otra cobertura.

Después que usted solicita la inscripción especial debido a la pérdida de elegibilidad para otra cobertura, su cobertura comenzará en el primer día del siguiente mes.

Usted y su familia tiene cada uno un derecho independiente de elegir la inscripción especial. En los materiales del plan que usted recibió cuando se le ofreció inicialmente la oportunidad de inscribirse en el plan debe estar incluida una descripción de los derechos especiales de inscripción.

Los derechos especiales de inscripción también surgen en caso de matrimonio, nacimiento, adopción, o colocación para adopción. Usted debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días de ocurrido el evento. En la inscripción especial como resultado de un nacimiento, adopción, o colocación para adopción, la cobertura es retroactiva a la fecha del acontecimiento. En el caso de matrimonio, la cobertura comienza en el primer día del mes siguiente.

Un derecho de matrícula especial también surge para empleados y sus dependientes que pierden la cobertura bajo el Programa estatal de Seguro Médico para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés) o Medicaid o aquellos que reúnan los requisitos para recibir asistencia con las primas bajo esos programas. El empleado o dependiente debe solicitar la inscripción dentro de las 60 días de la pérdida de la cobertura o la determinación de la elegibilidad para la asistencia con las primas. Usted puede ser elegible para asistencia bajo CHIP o Medicaid para pagar sus primas de su plan grupal de salud. Para más información sobre CHIP, vea el capítulo sobre cómo encontrar cobertura de salud individual, en la página 10.

P ¿Qué cobertura obtendré cuando me acoja a una oportunidad de inscripción especial?

R A las personas inscritas especiales se les debe ofrecer los mismos beneficios disponibles que si se estuviera inscribiendo por primera vez. No se le puede exigir pagar más por la misma cobertura que a otras personas que se afiliaron cuando fueron elegibles por primera vez para el plan.

P ¿Mi plan nuevo puede denegarme la cobertura o los beneficios debido a que tengo una condición preexistente?

R Según la ACA, un plan de salud grupal no puede denegarle la cobertura a una persona por una condición preexistente. Por lo general, un plan no puede limitar ni denegar los beneficios en relación con un estado de salud anterior a la fecha de inscripción en el plan.

P ¿Puede mi nuevo plan de salud grupal denegarme o cobrarme más por cobertura debido a mi estado de salud?

R No. Un plan de salud no puede denegarle a usted y su familia la elegibilidad o beneficios debido a determinados factores de salud. Estos factores de salud incluyen: estado de salud, condiciones médicas físicas y mentales, experiencia de reclamos, recibo de atención médica, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad e incapacidad.

El plan tampoco puede cobrarle más que lo que cobraría a otras personas en igual situación debido a estos factores de salud. Sin embargo, el plan puede distinguir entre empleados sobre la base de clasificaciones de empleo, tal como aquellos que trabajan a tiempo parcial o en otra área geográfica, y establecer diferentes beneficios o primas para dichos grupos diferentes.

Continuando en su plan anterior

Otra manera de mantener la cobertura de salud entre un empleo y otro es elegir la continuación de cobertura bajo COBRA.

Los trabajadores desplazados pueden perder la cobertura de salud de su anterior empleador, pero pueden tener el derecho de continuar la cobertura bajo ciertas condiciones. Las reglas para la continuidad en salud promulgadas bajo COBRA se aplican a los trabajadores desplazados y sus familias así como a trabajadores que cambian de empleo o trabajadores cuyas horas de trabajo han sido reducidas, ocasionándoles que pierdan su elegibilidad para la cobertura de salud. Sin embargo, esta cobertura es temporaria y el costo puede estar a cargo del empleado.

Para ser elegible para la cobertura de COBRA, usted debe haber estado inscrito en el plan de salud de su empleador cuando estuvo trabajando y el plan de salud debe continuar vigente para los empleados activos. Además, debe tomar ciertas medidas para inscribirse en la continuidad de beneficio de COBRA.

P ¿A qué empleadores se les exige que ofrezcan cobertura de COBRA?

R A los empleadores con 20 o más trabajadores generalmente se les exige que ofrezcan cobertura de COBRA y que notifiquen a sus empleados sobre la disponibilidad de dicha cobertura. COBRA se aplica a los empleados del sector privado y a la mayoría de empleados estatales y gobiernos locales. Además, muchos estados tienen leyes similares a COBRA, incluidas las que se aplican a las aseguradoras de empleadores que tienen menos de 20 empleados (a veces llamada mini-COBRA). Verifique con la oficina del comisionado de seguros estatal para ver si dicha cobertura está disponible para usted.

P ¿Qué pasa si la compañía cerró o se declaró en bancarrota y no existe un plan de salud?

R Si ya no hubiera un plan de salud, no habrá cobertura de COBRA disponible. Sin embargo, si hubiera algún otro plan que ofrece la empresa, usted **podría** ser elegible para estar cubierto bajo dicho plan. Los miembros de sindicatos que están cubiertos por un acuerdo de negociación colectiva que proporciona un plan médico también pueden tener derecho a la continuidad de cobertura.

P ¿Cómo puedo averiguar acerca de la cobertura de COBRA y cómo elijo tomarla?

R Los empleadores o administradores de planes de salud deben proporcionar un **notificación general** inicial si usted tuviera derechos a los beneficios de COBRA. Probablemente usted recibió el aviso inicial acerca de la cobertura de COBRA cuando se le contrató.

Cuando usted ya no es elegible para la cobertura de salud, su empleador le debe dar un **aviso específico** referente a sus derechos para los beneficios de continuidad de COBRA. Esta es la secuencia de eventos:

Primero, los empleadores deben notificar a sus administradores del plan **dentro de 30 días** después del cese del trabajo del empleado o después de una reducción de horas de trabajo que ocasione que el empleado pierda beneficios de salud.

Luego, el administrador del plan debe notificar a los empleados individualmente **y sus dependientes cubiertos** sobre su derecho de elegir la cobertura de COBRA **dentro de 14 días** después que el administrador haya recibido la notificación por parte del empleador.

Finalmente, usted **debe** responder a esta notificación y elegir la cobertura de COBRA **hasta el 60° día después que le fue enviada la notificación escrita o el día en que cesó su cobertura de atención de salud, lo que ocurra en último término**. De lo contrario, perderá todos los derechos a los beneficios de COBRA. El cónyuge o la cónyuge e hijos dependientes cubiertos bajo su plan de salud tienen derecho independiente para elegir la cobertura de COBRA al finalizar su relación laboral o reducción de horas. Si, por ejemplo, usted tiene un miembro de su familia con una enfermedad al momento de su despido, solo esa persona puede elegir la cobertura.

Algunas personas que participan en el Programa de Asistencia de Ajuste Comercial (TAA, por sus siglas en inglés) tienen una segunda oportunidad para optar por la continuación de cobertura bajo COBRA. Las personas que son elegibles y reciben la Asignación por Reajuste Comercial (TRA, por sus siglas en inglés), las personas que serían elegibles para recibir la TRA, pero aún no han agotado los beneficios del seguro por desempleo (UI, por sus siglas en inglés) y las personas que reciben beneficios conforme al Programa de Asistencia de Ajuste Comercial Alternativo (ATAA, por sus siglas en inglés) o Asistencia de Ajuste Comercial para el Re-Empleo (RTAA, por sus siglas en inglés) y no optaron por COBRA durante el período de elección general, pueden obtener un segundo período de elección. Este segundo período de elección adicional comprende 60 días que se cuentan a partir del primer día del mes en el que se determina que la persona es elegible para obtener los beneficios de TAA que se enumeran más arriba, y recibe estos beneficios. Por ejemplo, si el período de elección general de la persona finaliza y se determina que esta es elegible para obtener la TRA (o sería elegible para la TRA pero no ha agotado los beneficios del UI) o comienza a recibir los beneficios de ATAA o RTAA 61 días después de quedar desempleada, al comienzo del mes, tendrá alrededor de 60 días más para optar por COBRA. No obstante, si esta misma persona no cumple con los criterios de elegibilidad hasta el final del mes, aun así los 60 días se cuentan a partir del primer día del mes en curso, con lo cual la persona tiene alrededor de 30 días. Además, la elección de COBRA tiene que realizarse a más tardar 6 meses después de la fecha en que se perdió la cobertura relacionada con el TAA. Por lo general, la cobertura de COBRA que se haya elegido durante el segundo período de elección comienza el primer día de dicho período. Visite el **sitio Web** para obtener más información sobre la Ley de Comercio.

P ¿Si yo elijo COBRA, cuánto debo pagar?

R Cuando usted era un empleado activo, su empleador puede haber pagado todo o parte de las primas de su seguro médico grupal. Bajo COBRA, como ex empleado, usted generalmente pagará toda la prima, esto es, la prima que usted pagaba como empleado activo **más** la cantidad de la contribución hecha por su empleador. Además puede haber un costo administrativo de 2 por ciento.

Como es probable que exista un lapso de un mes o más entre la fecha de despido y el momento en que usted tome la decisión de elegir COBRA, es posible que tenga que pagar las primas de salud de manera retroactiva, desde el momento de la separación del empleo con la compañía. La primera prima, por ejemplo, cubrirá todo el tiempo desde su último día de trabajo con su anterior empleador.

Usted también debe saber que es su responsabilidad pagar por la cobertura de COBRA aunque no reciba un estado de cuenta mensual.

Si bien no se les exige que lo hagan, algunos empleadores pueden subsidiar o pagar el costo completo de la cobertura de salud, incluida la cobertura de COBRA, para los empleados despedidos y sus familias, como parte de un acuerdo de indemnización por despido. Si recibe este tipo de beneficio de indemnización por despido, hable con el administrador del plan acerca de cómo esto afectará su cobertura de COBRA o sus derechos a una inscripción especial.

P Si elijo la cobertura de COBRA, ¿puedo inscribirme más adelante en un plan del Mercado de Seguros Médicos?

R Si elige la continuación de cobertura bajo COBRA, tendrá otra oportunidad de solicitar la inscripción especial en un plan del Mercado o en un plan de salud grupal nuevo si tiene un acontecimiento de inscripción especial, como matrimonio, nacimiento de un hijo o si se agota la continuación de su cobertura. Para que se agote la continuación de cobertura bajo COBRA, debe recibir el periodo máximo de cobertura de continuación disponible (generalmente, 18 meses por pérdida del empleo) sin terminación temprana. Tenga en cuenta que si opta por finalizar su cobertura de COBRA en forma temprana o no paga las primas de COBRA y no tiene oportunidad de inscripción especial en ese momento, por lo general, deberá esperar para inscribirse en otra cobertura hasta que comience el siguiente periodo de inscripción abierta para un plan del Mercado o un plan de salud grupal nuevo.

Si decide cambiar de plan, puede mantener la cobertura de COBRA hasta que el plan del Mercado entre en vigencia, para evitar la interrupción de la cobertura.

P ¿Cuándo comienza la cobertura de COBRA?

R Una vez que usted escoge la cobertura y la paga, la cobertura de COBRA comienza en la fecha en que terminó su cobertura de salud. Esencialmente, es retroactiva. Además, la cobertura de salud que usted recibe es la misma que la de los empleados activos.

P **¿Cuánto tiempo dura la cobertura de COBRA?**

R Generalmente, las personas que califican inicialmente están cubiertos por un máximo de 18 meses, pero la cobertura puede terminar antes bajo determinadas circunstancias. Dichas circunstancias incluyen:

- Las primas no han sido pagadas a tiempo;
- Su antiguo empleador decide descontinuar por completo el plan de salud;
- Usted obtiene cobertura con otro plan grupal de salud de otro empleador;
- Usted adquiere derechos para los beneficios de Medicare.

Los empleadores pueden ofrecer periodos de tiempo más largos de cobertura de COBRA pero solamente están requeridos a hacerlo bajo circunstancias especiales, tales como incapacidad (suya o de un miembro de su familia), su fallecimiento o divorcio de un empleado, o cuando un hijo(a) de un empleado deja de tener la condición de dependiente según el plan de salud.

P **¿Quién puede responder a otras preguntas relacionadas con COBRA?**

R La administración de COBRA es compartidas por tres agencias federales. El Departamento del Trabajo (DOL, por sus siglas en inglés) se ocupa de preguntas sobre derechos de notificación bajo COBRA de empleados del sector privado. El Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés) atiende las preguntas relacionadas con los trabajadores estatales y de gobiernos locales. El Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés), como parte del Departamento del Tesoro, tiene otra jurisdicción de COBRA.

Más detalles sobre la cobertura de COBRA están en la página Web dedicada a COBRA y también se incluyen en el folleto **Una guía para el empleado sobre los beneficios de salud bajo COBRA**. Para recibir una copia o para solicitar la ayuda de un asesor sobre beneficios, comuníquese con EBSA **electrónicamente** o llame el **1-866-444-3272**. Para obtener los números telefónicos de las oficinas de HHS e IRS más cercanas a su domicilio, llame USA.gov en español al **1-844-USA-GOV1 (872-4681)** o visite la **página Web**.

Posibles beneficios para los trabajadores afectados por el comercio

El Programa de Asistencia de Ajuste Comercial (TAA, por sus siglas en inglés) ofrece ayuda para los trabajadores que han perdido o pueden perder sus empleos debido a los efectos negativos del comercio mundial. El objetivo de este programa es ofrecer a los trabajadores afectados negativamente, oportunidades para desarrollar habilidades y obtener las credenciales, los recursos y el apoyo necesarios para volver a obtener un empleo.

A través de los subsidios para los estados, los trabajadores que forman parte de un grupo de trabajadores cubierto por una petición de TAA certificada pueden ser elegibles para obtener asignaciones para capacitación, búsqueda de empleo y reubicación, apoyo por bajos ingresos mientras realizan la capacitación. Los fondos de TAA se asignan a los estados durante todo el año. Para obtener más información sobre el Programa TAA, visite el **sitio Web** o llame a la Administración de Empleo y Adiestramiento del Departamento del Trabajo, al número **1-877-US2-JOBS**.

Además, ciertos individuos pueden ser elegibles para un crédito reembolsable fiscal federales sobre los ingresos que pueden ayudar con el pago de la prima mensual que cualifican. El crédito tributario por seguro de salud (HCTC, por sus siglas en inglés), mientras que está disponible, pueden ser usados para pagar para tipos especificados de cobertura de seguro de salud (incluyendo la continuación de cobertura bajo COBRA).

Entre las personas potencialmente elegibles para obtener el HCTC se incluyen los trabajadores que pierden su empleo debido a los efectos negativos del comercio mundial y que son elegibles para recibir determinados beneficios, conforme al Programa de Asistencia de Ajuste Comercial (TAA), así como ciertas personas que reciben pagos de pensión de la Pension Benefit Guaranty Corporation (PBGC). El HCTC paga el 72.5 por ciento de las primas del seguro médico que cualifique, y las personas tienen que pagar el 27.5 por ciento. Para obtener más información sobre el TAA, visite el **sitio Web**.

Las personas que son elegibles para el HCTC pueden solicitar el crédito fiscal en sus declaraciones de impuesto sobre los ingresos al final del año. El crédito fiscal estará disponible como un pago mensual. Los familiares que cualifican de los recipientes de los TAA que son elegibles o los beneficiarios de PBGC que se inscriben en Medicare, fallecen o finalizan un divorcio son elegibles para recibir el HCTC por hasta 24 meses, a partir del mes en que ocurre el acontecimiento.

Las personas que tengan preguntas sobre el crédito tributario por seguro de salud tienen que visitar el **sitio Web**.

Cómo encontrar cobertura de salud individual

Para los trabajadores que pierden su empleo, el Mercado de Seguros Médicos es otra manera de poder encontrar cobertura de salud para ellos mismos y sus familias. El Mercado ofrece cobertura de salud integral y puede que usted cumpla con los requisitos para obtener un crédito fiscal que reduzca sus primas mensuales, y reducciones en los costos compartidos que disminuyan sus costos de desembolso para deducibles, coseguro y copagos.

El Mercado ofrece un único lugar para encontrar y comparar seguros médicos privados y otras opciones. En el Mercado, puede ver cuáles serán los costos de las primas, deducibles y de desembolso antes de tomar la decisión de inscribirse. También puede elegir entre las distintas categorías y tipos de planes.

Un plan del Mercado, al igual que un plan de salud grupal, no puede denegarle la cobertura debido a una condición preexistente. Por lo general, un plan no puede limitar ni denegar la cobertura o los beneficios en relación con un estado de salud anterior a la fecha de inscripción en el plan. La cobertura del Mercado puede ser facilitada a nivel estatal o Federal.

P ¿Cuándo puedo inscribirme en la cobertura de salud del Mercado si pierdo mi empleo?

R Perder la cobertura de salud basada en el empleo es un evento de inscripción especial que le permite inscribirse en un plan del Mercado fuera del periodo de inscripción abierta. A fin de calificar para la inscripción especial, debe elegir un plan 60 días antes de perder la cobertura basada en el empleo o en plazo de 60 días posteriores a la pérdida de dicha cobertura. Conserve la documentación de su cobertura actual y las fechas de vigencia porque puede necesitarla cuando solicite la inscripción especial en un plan del Mercado.

Además, cada año (generalmente, a mediados de noviembre), hay un periodo de inscripción abierta en el que todas las personas pueden inscribirse en una cobertura de un plan de salud del Mercado. Durante este periodo, también puede cambiar su plan del Mercado actual por otro plan del Mercado. Su compañía de seguro médico la enviará información sobre las primas y los beneficios actualizados para su plan actual, de modo que pueda revisarlos y decidir si desea hacer cambios.

P Si me inscribo en una cobertura a través del Mercado, ¿cuándo comienza la cobertura?

R La fecha en que su cobertura comenzará depende de cuando selecciona un plan. Para más información, visite el **sitio Web**.

Si necesita cobertura de salud en el periodo comprendido desde la pérdida de la cobertura basada en el empleo hasta el comienzo de la cobertura del Mercado (por ejemplo, si usted o un miembro de su familia necesitan atención médica), puede elegir la cobertura de continuación de COBRA del plan de su empleador anterior. Si elige la cobertura de COBRA, tendrá cobertura de salud hasta el comienzo de la cobertura del Mercado. Para obtener más información, vea el capítulo Continuando en su plan anterior, en la página 4.

P ¿Cómo solicito cobertura a través del Mercado?

R Puede solicitar una cobertura del Mercado en línea u obtener más información en el **sitio Web**, o bien, puede llamar al **1-800-318-2596** (los usuarios de TTY deben llamar al **1-855-889-4325**). Antes de comenzar, eche un vistazo a los planes y los precios disponibles en su área.

P Si obtengo un empleo nuevo, ¿puedo cambiar mi cobertura de salud?

R Cuando obtiene un empleo nuevo, puede considerar la opción de inscribirse en el plan de salud grupal de su empleador nuevo, si es que le ofrece uno. Hable con su empleador nuevo sobre los requisitos para inscribirse en el plan nuevo, los beneficios que ofrece y cómo inscribirse. Si tiene cobertura del Mercado al momento que obtiene el empleo nuevo, considere cómo su elegibilidad nueva para la cobertura de salud colectiva basada en el empleo incidirá en el crédito fiscal relacionado que pueda estar recibiendo. Asegúrese de considerar los requisitos de elegibilidad del plan nuevo, incluido el periodo de espera que se aplica, de modo que cuente con cobertura hasta que se inscriba en el plan nuevo.

Medicaid y CHIP

Cuando completa una solicitud para el Mercado, también puede averiguar si usted y su familia califican para una cobertura gratuita o de bajo costo ofrecida por Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP).

Medicaid es un programa de cobertura de salud administrado por el estado para las familias de bajos ingresos y niños, mujeres embarazadas, personas de la tercera edad, personas con discapacidades y, en algunos estados, otros adultos. Si bien el gobierno Federal ofrece una parte de la financiación y establece pautas, los estados deciden cómo diseñan sus programas, de modo que Medicaid varía según el estado. Para encontrar información sobre el programa que ofrece su estado, visite el **sitio Web**. Además, los niños que integran un grupo familiar que no tiene cobertura de salud debido a una reducción temporal en los ingresos (por ejemplo, debido a la pérdida del empleo) pueden ser elegibles para CHIP, una asociación Federal/estatal que ayuda a ofrecer cobertura de salud a los niños. Los estados tienen flexibilidad para administrar los programas CHIP. Pueden optar por ampliar sus programas de Medicaid, diseñar programas de seguro médico separados para niños o crear una combinación de ambos.

Puede realizar una solicitud e inscribirse en Medicaid o CHIP en cualquier momento del año. Si califica, su cobertura puede comenzar de inmediato. Visite el **sitio Web** o llame al **1-800-318-2596 (TTY 1-855-889-4325)**, para obtener más información o solicitar uno de estos programas. También puede contactarse con la oficina de Medicaid de su estado, a fin de realizar la solicitud de Medicaid. Para obtener más información sobre el programa CHIP de su estado, llame al **1-877-KIDS NOW (543-7669)** o visite el **sitio Web**.

Protegiendo sus activos de jubilación

La ley ERISA protege los activos de millones de estadounidenses de manera que los fondos colocados en los planes de jubilación durante su vida laboral estén allí cuando se jubilen.

Los trabajadores desplazados enfrentan dos problemas importantes cuando dejan el empleo: el acceso a los fondos de jubilación y la seguridad continuada de sus inversiones en el plan de jubilación.

P **¿Puedo obtener el dinero de mi jubilación si me despiden por reducción de personal?**

R Generalmente, si está usted afiliado a un plan 401(k), un plan de profit sharing, u otro tipo de **plan de contribuciones definidas** (un plan en el que usted tiene una cuenta individual), su plan puede estipular la distribución de una suma global de dinero de su monto de jubilación cuando usted deje la empresa.

Sin embargo, si usted está en un **plan de beneficios definidos** (un plan en el que usted recibe un beneficio fijo, preestablecido), sus beneficios comienzan a la edad de jubilación. Estos tipos de planes no acostumbran permitir que usted reciba dinero de manera adelantada.

Ya sea que usted tenga un plan de contribuciones definidas o un plan de beneficios definidos, la forma de distribución de su plan de jubilación (monto global, anualidad, etc.) y la fecha en que sus beneficios estarán disponibles para usted depende de las estipulaciones contenidas en los documentos de su plan. Algunos planes no permiten la distribución hasta que usted alcance una edad específica. Otros planes no permiten la distribución hasta que se haya extinguido su

relación laboral por un determinado periodo de tiempo. Además, algunos planes procesan las distribuciones a lo largo del año y otros solamente las procesan una vez al año. Usted debe ponerse en contacto con el administrador de su plan con referencia a las reglas que rigen la distribución de sus beneficios.

Uno de los documentos más importantes que definen sus beneficios es el resumen de la descripción del plan (SPD, por sus siglas en inglés). Detalla en terminos generales sus beneficios y la manera cómo son calculados. Puede obtener una copia del plan SPD ya sea de su empleador o administrador del plan de jubilación.

Además del SPD, su empleador debe darle — o usted puede solicitarle — un estado de cuenta individual de beneficios que muestre, entre otras cosas, el valor de sus beneficios de jubilación, la suma que usted ha ganado realmente hasta la fecha, y su condición de derecho adquirido. Estos documentos contienen información importante para usted ya sea que reciba su dinero ahora o después.

P ¿Mi plan requiere que se me entregue una distribución de suma global?

R La ERISA no exige que los planes de jubilación estipulen distribuciones de sumas globales. La distribución de sumas globales es posible solamente si los documentos del plan lo estipulan específicamente.

P ¿Si yo retiro dinero antes de jubilarme, esto acarrea efectos adversos potenciales?

R Sí. El recibir una suma global u otra distribución de su plan de jubilación puede afectar su capacidad para recibir una compensación por desempleo. Debe verificar esto con la oficina de desempleo estatal.

Además, retirar dinero de su plan de jubilación puede dar como resultado una contribución sobre ingresos adicional. Usted puede diferir estos impuestos, si mantiene el dinero en su plan o si "transfiere" el dinero en un plan calificado de jubilación o Cuenta de Jubilación Individual (IRA, por sus siglas en inglés). Hay estipulaciones en el Código de Impuestos Internos que permiten estas transferencias.

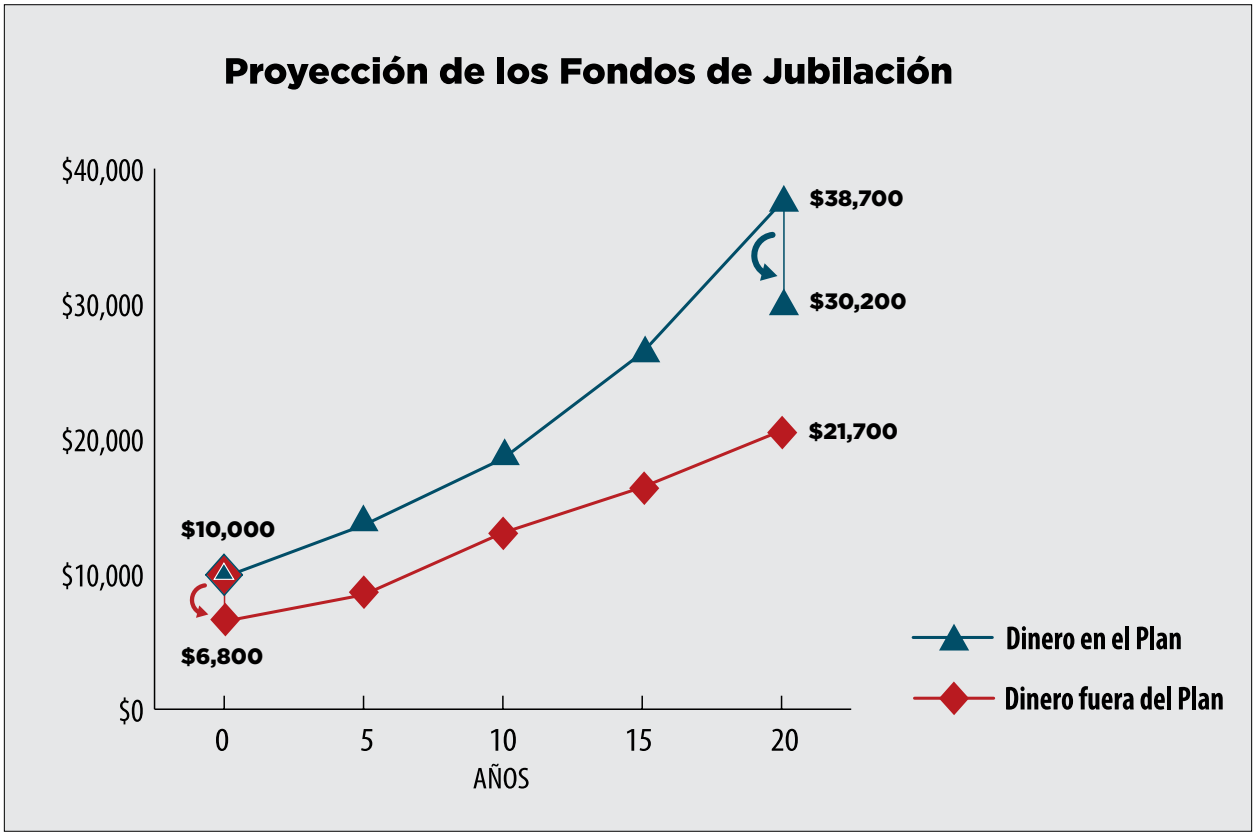
En general, su plan debe retener 20 por ciento de una distribución para fines de impuestos. Sin embargo, en el caso de una transferencia directa a otro plan en el que usted elige que la distribución sea pagada directamente a un plan de jubilación elegible, que incluye una IRA, no hay ninguna retención de impuestos, y la suma total de su distribución de transferencia elegible es pagada a su nuevo plan de jubilación elegible. Si usted no elige una transferencia directa, deberá compensar la retención de 20 por ciento para evitar las consecuencias impositivas sobre la suma total de transferencia. El IRS no requiere la retención de 20 por ciento de una distribución que, al sumarse con otras distribuciones de transferencia hechas por usted durante el año, sea menor a $200.

Bajo las regulaciones de IRS, y a fin de evitar determinadas consecuencias impositivas, usted tiene 60 días para transferir la distribución que recibió en otro plan calificado o en IRA. Si usted puede elegir entre dejar el dinero en su plan actual de jubilación, o depositarlo en una IRA, usted debe evaluar cuidadosamente las inversiones disponibles en cada una de las opciones.

Retirar dinero de su plan antes de la edad de jubilación también afecta la cantidad de dinero que usted acumulará a lo largo del tiempo. La gráfica que aparece a continuación muestra las consecuencias de recibir dinero de su plan de jubilación y no depositarlo en otro plan calificado dentro del tiempo límite requerido.

Como muestra el gráfico, si su dinero permanece en el plan, aumenta libre de impuestos hasta que es distribuido, después de 20 años en este ejemplo. En ese momento, cuando se le distribuye el dinero, se le deducen los impuestos correspondientes, por lo que el saldo de su cuenta disminuye (ver el punto final inferior en el gráfico). Por otra parte, si usted retira el dinero del plan inicialmente y no lo transfiere en una IRA, el saldo de su cuenta disminuye durante ese año inicial (ver el punto inicial inferior en el gráfico), dado que usted paga impuestos y una multa del 10 por ciento por retirar el dinero antes de los 59 años y medio de edad. Después de eso, su cuenta crece durante los siguientes 20 años, pero a una menor tasa de crecimiento porque usted paga impuestos sobre las ganancias de su inversión.

Digamos, por ejemplo, que usted tiene $10,000 en una IRA. Su dinero se invierte en una mezcla de acciones y bonos que genera un rendimiento promedio del capital invertido del 7 por ciento. En 20 años, su cuenta crecerá, con interés compuesto, a $38,700. Si usted retira este monto después de cumplir 59 años y medio (la edad a la que usted puede recibir el dinero sin una multa del 10 por ciento) y paga el 22 por ciento de ese monto por impuesto sobre la renta, retendrá casi $30,200.



Sin embargo, si usted cierra su cuenta de plan de jubilación antes cumplir 59 años y medio, el saldo de su cuenta disminuirá de $10,000 a $6,800 después de pagar la multa del 10 por ciento y el 22 por ciento por impuesto sobre la renta. Además, su cuenta crece por los siguientes 20 años, pero a una menor tasa de crecimiento porque usted paga impuestos sobre las ganancias de su inversión. Por lo tanto, el valor de su cuenta después de 20 años será de aproximadamente $21,700, suponiendo la misma tasa de rendimiento y tramo impositivo. Como se muestra en el gráfico, las consecuencias tributarias de un retiro temprano le costarán un 28 por ciento del saldo de su cuenta en el momento de la jubilación.

Antes de solicitar el retiro de fondos de su plan, usted debe conversar con su empleador, banco, sindicato, o asesor financiero para que le den consejos prácticos sobre las consecuencias a largo plazo y tributarias.

Si usted recibe fondos de jubilación, puede desear contratar a alguien para que administre su dinero. La ley generalmente exige que los administradores de dinero sean claros y abiertos acerca de sus honorarios y gastos y que expliquen si se les paga por comisiones o por las ventas de los productos financieros, tales como anualidades y fondos mutuos. Pregunte, consiga referencias, y evite a cualquier persona que le garantice un buen rendimiento de su inversión.

P ¿Si me dan de baja, mis fondos de jubilación se encuentran seguros?

R Generalmente, sus fondos de jubilación no deberían estar en riesgo aún en el caso de cierre de una planta o negocio. Los empleadores deben cumplir con las leyes Federales cuando establecen y manejan planes de jubilación y las consecuencias de no administrar prudentemente los activos de los planes son graves.

Además, sus beneficios pueden estar protegidos por el gobierno Federal. Los planes de pensiones tradicionales (**planes de beneficios definidos**) se encuentran asegurados por la PBGC, una corporación del gobierno Federal. Si un empleador no puede financiar el plan y el plan no tiene suficiente dinero para pagar los beneficios prometidos, la PBGC asumirá la responsabilidad como fiduciario del plan. La PBGC paga beneficios hasta una determinada cantidad máxima garantizada.

Por otro lado, los **planes de contribuciones definidas**, no se encuentran asegurados por la PBGC.

Si su beneficio de jubilación permanece con su anterior empleador, manténgase al día sobre cualquier cambio que realice su empleador, incluyendo cambios de dirección, fusiones, y nombre del empleador. Si usted se muda, proporciónele al plan su nueva información de contacto.

Para ayudar a los empleados a monitorear sus planes de jubilación y de esta manera garantizar la seguridad de su jubilación la EBSA ha emitido una lista de 10 señales de alarma que podrían indicar si su plan tiene problemas financieros. Se encuentran incluidas en la guía **10 Warning Signs that Your 401(k) Contributions Are Being Misused**.

Si, por cualquier razón, usted sospecha que sus beneficios de jubilación no están seguros o no están siendo invertidos prudentemente, debe abordar el problema ante una oficina regional de la EBSA. Comuníquese con EBSA **electrónicamente** o llame a **1-866-444-3272**.

P ¿Qué sucede si mi compañía se retira del negocio y el plan de jubilación termina?

R En un plan de contribuciones definidas, el administrador del plan generalmente recopila cierta información sobre el plan de jubilación e información tributaria relacionada y la remite a la IRS. Este proceso puede demorar la terminación del plan y los pagos subsiguientes de beneficios. Usted debe ponerse en contacto con el administrador del plan solicitándole información sobre la situación y el tiempo que transcurrirá antes de que reciba su dinero.

En un plan de beneficios definidos el administrador del plan generalmente presenta ciertos documentos al IRS y a la PBGC. Una vez que la PBGC aprueba la terminación, los beneficios generalmente se distribuyen en una suma global o como un pago anual dentro de un año del cese del empleo.

Cualquiera que sea el tipo de plan de beneficios, usted debe saber el nombre del administrador del plan. Esta información se encuentra en la última copia de su SPD. Si usted no puede encontrar el nombre del administrador del plan, podría ponerse en contacto con el departamento de personal de su compañía, su representante sindical (si hubiera un sindicato), o IRS o PBGC (en el caso de la mayoría de los planes de beneficios definidos).

Si usted decide ponerse en contacto con una de estas agencias, necesitará saber el número de identificación de su empleador (EIN, por sus siglas en inglés), un número de 9 dígitos que se usa para fines tributarios. El EIN lo puede encontrar en el formulario de impuestos a los salarios (Formulario W-2). Una oficina regional de EBSA puede ayudarlo a obtener esta información.

P ¿Qué pasa si la compañía se declara en bancarrota?

R Si un empleador se declara en bancarrota, hay un número de opciones en cuanto a la manera como se realiza la bancarrota. Una bancarrota según el Capítulo 11 (reorganización) puede no tener ningún efecto en su plan de jubilación y el plan puede continuar existiendo. Una bancarrota según el Capítulo 7 (final), en la que la compañía del empleador deja de existir, es un asunto más complicado.

Debido a que cada bancarrota es única, usted debe ponerse en contacto con el administrador de su plan, su representante sindical, o el fiduciario de la bancarrota y solicitarle una explicación sobre la situación de su plan.

Resumen

Conozca por adelantado las reglas del plan que rigen la manera como se tratan sus activos en el plan de jubilación y beneficios de atención de salud en el caso que usted sea despedido. Los siguientes documentos contienen información valiosa acerca de sus planes de atención de salud y de jubilación y deben ser de ayuda para usted como trabajador desplazado. Usted debe poder obtener la mayoría de ellos de su administrador del plan, representante del sindicato o coordinador de recursos humanos.

- Resumen de la Descripción del Plan (SPD) – Breve descripción de su plan de jubilación o plan de salud;
- Resumen de beneficios y cobertura – Un resumen de la cobertura de su plan de salud que es fácil de entender e incluye un glosario de términos comunes;
- Resumen del Informe Anual – Un resumen de las finanzas anuales del plan. El resumen debe contener nombres y direcciones que usted puede necesitar conocer;
- Formularios de inscripción que los detallan a usted y/o los miembros de su familia como participantes en un plan;
- Declaraciones de ingresos y de licencia;
- Avisos o cartas que muestran la fecha en que terminó o terminará su cobertura de atención de salud;
- Estados de cuenta individual de beneficios que muestran cuánto dinero hay en su cuenta del plan de jubilación o el valor de sus beneficios de jubilación.

Guarde estos documentos, así como cualquier comunicación o cartas de su compañía, sindicato, o banco, que se relacionen con su jubilación o planes de salud. Pueden ser valiosos para proteger sus derechos de jubilación y beneficios de salud.

Mayor información

La EBSA ofrece más información sobre HIPAA, COBRA, ACA, y ERISA. Los siguientes folletos, que encuentran disponibles llamando al número gratuito de la agencia, pueden ser especialmente útiles:

- **Una guía para el empleado sobre los beneficios de salud bajo COBRA**
- **Los cambios de condición laboral requieren hacer elecciones médicas...Proteja sus derechos**
- **Lo que usted debe saber...sobre su plan de jubilación**

Para obtener copias de las publicaciones mencionadas, por favor visite el **sitio Web**. O llame a nuestro número telefónico gratuito: **1-866-444-3272**.

Si tiene preguntas específicas relacionadas con sus derechos a la jubilación o beneficios de salud bajo HIPAA, COBRA, ACA, o ERISA, comuníquese nuestros asesores sobre beneficios **electrónicamente** o llame a nuestro número gratuito **1-866-444-3272**.

Su pensión garantizada y otra información sobre planes de pensiones terminados están disponibles en el **sitio Web** de la Pension Benefit Guaranty Corporation. O llame a la PBGC al: **1-800-400-7242**.

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

abril 2019

Programas provistos por Welfare y Servicios de Apoyo

Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) - Asistencia Alimentaria

SNAP es un programa financiado por el gobierno federal diseñado para ayudar a las familias de bajos ingresos a comprar alimentos nutritivos para memores de edad autorizados, también conocidos como "Food Stamps".

Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF) - Asistencia en efectivo

TANF está diseñado para proporcionar asistencia monetaria temporal a las familias necesitadas para que cuiden a los niños dependientes en sus propios hogares o en los hogares de familiares. TANF brinda servicios financieros y de apoyo, como cuidado de niños, transporte y otros servicios a familias de bajos ingresos con niños.

Medicaid - Asistencia médica

El Programa Medicaid es un programa federal administrado por el estado. Su propósito es ayudar a cubrir el costo de los servicios médicos para las personas que reciben pagos de asistencia pública y las personas y familias con bajos ingresos.

Asistencia de cuidado infantil

El Programa de Cuidado Infantil ayuda a las familias de bajos ingresos, a las familias que reciben asistencia pública temporal y a aquellas que están haciendo la transición de la asistencia pública para obtener cuidado infantil para que puedan trabajar. Otros servicios incluyen recursos y referencias para padres que buscan cuidado infantil e información al consumidor sobre los aspectos del cuidado infantil de calidad. Los servicios de recursos y referencias están disponibles para todas las familias de Nevada sin costo.

Asistencia Energética (EAP)

El "Programa de Asistencia de Energía" proporciona un suplemento para ayudar a los residentes de Nevada de bajos ingresos que califiquen con el costo de la energía del hogar. Las solicitudes se evalúan durante todo el año o hasta que se agoten los fondos. Los hogares elegibles reciben un beneficio anual, por una vez al año, que habitualmente se paga directamente a sus proveedores de energía.

Programa de cumplimiento de manutención infantil

El CSEP de Nevada brinda cinco servicios básicos tanto a las familias TANF como a las que no lo son.

Son 1) ubicación de los padres; 2) establecer la paternidad de los niños nacidos fuera del matrimonio; 3) establecimiento de órdenes de apoyo financiero y médico; 4) hacer cumplir las órdenes de manutención; y 5) recaudar y distribuir pagos de manutención.

Al proporcionar estos servicios, se establecen los derechos de nacimiento de los niños, se garantiza el apoyo para los niños que faltan uno o ambos padres, y la carga sobre los contribuyentes de Nevada se reduce al compensar la necesidad de asistencia pública.

Haga clic en: https://accessnevada.dwss.nv.gov/public/landing-page **Para solicitar beneficios**

Haga clic en: https://dwss.nv.gov/ **DWSS Website**

Llame: https://dwss.nv.gov/Contact/Welfare/ **Para comunicarse con nuestro centro de llamadas**

Cuando necesita ayuda, Nevada 2-1-1 está aquí para asistirle. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

El servicio gratuito y confidencial de Nevada 2-1-1 puede ayudarle con información y referencias a agencias locales de servicios humanos y de salud para sus necesidades más importantes y urgentes.

Podemos conectarlo con información y acceso a:

- Recursos de salud médicos y mentales
- Servicios de apoyo de empleo
- Programas para niños, jóvenes y familias
- Servicios durante el embarazo
- Alacenas de alimentos
- Ayuda para viviendas
- Crisis comunitaria y recuperación de desastres
- Asistencia con pagos de servicios
- Apoyo para personas mayores o personas con discapacidades
- Muchos otros servicios públicos y recursos

Llame al 2-1-1 || Visite Nevada211.org

Envíe su código postal por texto al 898211

Nevada 2-1-1 trabajará para proporcionarle el servicio adecuado, rápidamente, con amabilidad y profesionalismo.

Nuestros especialistas en llamadas están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, con servicios de traducción en más de 150 idiomas.

Nevada Department of Health and Human Services

2·1·1 Nevada

Money Management International
Changing How America Overcomes Financial Challenges

ACCREDITED AIRS ALLIANCE OF INFORMATION & REFERRAL SYSTEMS

NEVADA LEGAL SERVICES

OFICINA EN LAS VEGAS
Sirviendo a los condados de Clark, Lincoln, Nye y Esmeralda
530 S. 6th Street
Las Vegas, NV 89101
Teléfono: (702) 386-0404
Número gratuito: (866) 432-0404
Fax: (702) 388-1641
TDD: (702) 386-1059

OFICINA EN RENO
Sirviendo a todos los condados de Nevada excepto Clark, Lincoln, Nye, y Esmeralda
204 Marsh Ave., Ste. 101
Reno, NV 89509
Teléfono: (775) 284-3491
Número gratuito: (800) 323-8666
Fax: (775) 284-3497

OFICINA EN CARSON CITY
209 N. Pratt Ave.
Carson City, NV 89701
Teléfono:(775) 883-0404
Fax: (775) 461-7237

OFICINA EN YERINGTON
720 S. Main St. Unit A
Yerington, NV, 89447
Teléfono: (775) 463-1222
Fax: (775) 463-1212

OFICINA EN ELKO
285 10th Street
Elko, NV 89801
Teléfono: (775) 753-5880
Fax: (775) 753-5890

NEVADA LEGAL SERVICES

PROGRAMA DE REFERENCIA DE LA BARRA ESTATAL DE NEVADA
Numero gratuito
1-800-789-5747

Programas Destacados

Subvención Ryan White
Brindamos asistencia legal a personas que viven con VIH/SIDA para garantizar el acceso a cobertura de seguro, atención médica, y medicamentos para promover la vida independiente. También asistimos con planificación de patrimonio, poderes, directivas avanzadas y otras cuestiones relacionadas.

Cuestiones de Identidad de Género
Asistimos con cambios de nombre y género en certificados de nacimiento, licencias para conducir y pasaportes.

Servicios para Veteranos
Un defensor de Veteranos asiste a los Veteranos a obtener asistencia medica a través del Departamento de Asuntos de Veteranos, a mejorar su estado de alta y con otros problemas generales.

NEVADA LEGAL SERVICES
INCORPORATED

La misión de Nevada Legal Services es fortalecer a la comunidad asegurando equidad y la igualdad de acceso a la justicia para los Nevadenses de bajos ingresos.

nevadalawhelp.org

nlslaw.net

QUIENES SOMOS

Nevada Legal Services provee servicios legales gratuitos a residentes de Nevada con bajos ingresos. Somos una firma de abogados de interés público estatal, sin fines de lucro financiada por subsidios de la Corporación de Servicios Legales, Fundación de Leyes de Nevada y las tazas de presentación del Tribunal de Distrito.

Para ser elegibles para asistencia a través de Nevada Legal Services debe ser un individuo, familia, organización, grupo o tribu que califica como bajos ingresos bajo los estándares de la pobreza del gobierno federal.

¿Que Tipo De Servicios Proporcionamos?

Proporcionamos una gama de servicios desde asesoramiento telefónico hasta representación en la corte. El nivel de representación depende del tipo de problema, los méritos del caso y la disponibilidad del personal.

Información y Materiales de Autoayuda
Usted puede obtener información y diversas formas de autoayuda en muchas áreas de la ley visitando nevadalawhelp.org.

Programa Pro Bono
Incluso, si no podemos tomar su caso nosotros mismos, quizás podemos colocar su caso con uno de nuestros abogados voluntarios que tomara su caso sin cargo alguno. Para obtener más información acerca de cómo solicitar un abogado pro bono contacte a su oficina local de Nevada Legal Services.

AREA EN CUAL EJERCEMOS

CONSUMIDOR/EJECUCION HIPOTECARIA
NLS asiste a Nevadenses rurales, Veteranos y personas de la tercera edad con la defensa de colecciones, exención de embargo, cobro de colección justa y bancarrota. También proporcionamos ayuda a los propietarios que enfrentan ejecuciones hipotecarias, ayudándoles a permanecer en sus hogares mediante la negociación de modificaciones de préstamo, asistiendo a mediaciones de ejecuciones hipotecarias y presentando demandas.

VIVIENDA
NLS asiste a los inquilinos con desalojos, clausuras de viviendas, corte de utilidades, discriminación en la vivienda y problemas de habitabilidad. También asistimos con la negación de admisión o con la terminación de la vivienda pública, incluyendo el vale de Sección 8 y otras viviendas de subvención federal.

BENEFICIOS PUBLICOS
NLS asiste a personas en cuestiones relacionadas con beneficios de desempleo, SNAP, Ingresos de Seguro Social Suplementario (SSI), Seguro Social, Bienestar del Condado, Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), Medicaid, Medicare, y otros programas de asistencia federales y estatales.

SELLAMIENTO DE HISTORIAL CRIMINAL
NLS asiste a individuos con el sellamiento de historial criminal en Nevada para ayudar a las personas a eliminar barreras de vivienda y empleo.

LEYES DE NATIVOS AMERICANOS
NLS representa tanto a tribus de Nativos Americanos como a sus miembros. NLS maneja casos de soberanía tribal y asuntos jurisdiccionales, incluyendo ICWA. NLS también asiste a personas de la tercera edad con la preparación de testamentos y representa a miembros de tribus en asuntos civiles y criminales en la corte tribal.

LITC (Talleres para Contribuyentes de Bajos Ingresos)
NLS asiste a contribuyentes de bajos ingresos a resolver controversias impositivas. Las cuestiones en las que asistimos incluyen crédito tributario por hijo, crédito tributario por ingreso del trabajo, alivio para el cónyuge inocente, reclamaciones por cónyuge perjudicado, auditorias y revisiones, fallas en la presentación de declaraciones, notificaciones estatutarias de incumplimiento, gravámenes, embargos, ofrecimiento de transacciones y aplazamientos temporales en las acciones de cobro.

LEY DE FAMILIA
Asuntos de leyes de familia son manejados a través de nuestro programa de pro bono. NLS proporciona eventos de “Ask A Lawyer” por todo Nevada para que individuos con preguntas de leyes de familia puedan hablar con abogados pro bono. También consideramos la colocación de casos con abogados pro bono en circunstancias limitadas.

LEY CRIMINAL
No podemos proporcionar representación criminal con la excepción de asuntos en corte tribal.