

Cobertura de Pensión y Servicios de Salud...

*Preguntas y Respuestas para
Trabajadores Desempleados*



Departamento del Trabajo de EE. UU.
Administración de Beneficios de Pensión y Bienestar



Cobertura de Pensión y Servicios de Salud...

Preguntas y Respuestas para Trabajadores Desempleados

Esta publicación ha sido desarrollada por el Departamento del Trabajo de EE.UU. y la Administración de Beneficios de Pensión y Bienestar

Se encuentra disponible en Internet a través de:

<http://www.dol.gov/dol/pwba>

Para obtener una lista completa de las publicaciones de PWBA comuníquese con el número gratuito al: 1-800-998-7542

Si usted tiene algún impedimento sensoral, esta información está disponible al llamar: (202) 693-8664

TTY (línea asistida para incapacitados auditivos) teléfono: 1-202-501-3911

Este folleto constituye una guía compilada y resumida de la Ley Regulatoria de Aplicación de Equidad para la Pequeña Empresa, del año 1996.

Departamento del Trabajo de EE. UU.
Administración de Beneficios de Pensión y Bienestar
Octubre 2001

Tabla de Contenidos

Introducción	1
Protección de Sus Beneficios de Pensión y Salud	3
COBRA - Beneficios de Salud	5
<i>Quien es elegible</i>	
<i>Costo de la cobertura</i>	
<i>Cuanto tiempo dura COBRA</i>	
HIPAA - Portabilidad del Seguro de Salud	11
<i>Funcionamiento de la portabilidad</i>	
<i>Prueba de cobertura previa</i>	
<i>Evitando un lapso de cobertura del seguro</i>	
ERISA - Beneficios de Pensión	19
<i>Acceso a los fondos de pensión</i>	
<i>Seguridad de las cuentas de pensión</i>	
<i>Consecuencia de un retiro de cuenta anticipado</i>	
Para Más Información	27
Directorio de las Oficinas Regionales	29

Introducción

El cierre de fábricas y comercios, la reducción de personal y las reducciones en las horas laborales, afecta a los empleados de numerosas y adversas maneras. Los trabajadores pierden sus ingresos, la seguridad de un empleo fijo y a menudo los beneficios de atención médica y otros beneficios que se corresponden con un trabajo a tiempo completo. En su condición de trabajador desempleado usted debe plantearse numerosas preguntas, muchas de ellas concernientes a los beneficios de pensión y servicios de salud. Por ejemplo, *¿Tengo derecho a acceder a mis fondos de jubilación? ¿Qué sucede con la cobertura de mi seguro de salud? ¿Continuarán mis beneficios de salud, hasta que consiga un nuevo empleo?*

Usted posee derechos a ciertos beneficios de pensión y de atención médica aún cuando haya perdido su empleo. Si su compañía le brindaba un plan de seguro grupal de salud, usted puede tener derecho a seguir recibiendo beneficios de atención médica por un período de tiempo. Por lo tanto, al momento de conseguir un nuevo empleo, usted tendrá menores dificultades para obtener cobertura. Y, al cambiar de empleo usted deberá estar al tanto de cómo se verán afectados sus beneficios de pensión. El conocimiento de sus derechos puede ayudarlo a protegerse y a proteger a su familia hasta el momento de comenzar a trabajar a tiempo completo nuevamente.

Esta publicación plantea varias de las preguntas más comunes que se hacen los trabajadores desempleados. Asimismo, encontrará al final del folleto, una breve guía de recursos adicionales. Ambas partes de la publicación lo podrán ayudar a tomar decisiones críticas acerca de la continuación de su cobertura de atención médica y sus beneficios de pensión.

Protección de Sus Beneficios de Pensión y Salud

La Administración de Beneficios de Pensión y Bienestar (PWBA) aplica La Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación para los Empleados del año 1974 (ERISA), la cual es la principal ley nacional de pensiones. Esta legislación provee un número de derechos y amparos para las pensiones y beneficios de salud del sector privado y para los participantes y sus beneficiarios que participan en pensiones y beneficios de salud en el sector privado.

Se han realizado varias enmiendas a la ley ERISA, que han expandido la protección disponible para las pensiones y beneficios de salud para los participantes del plan y sus beneficiarios. Una enmienda importante es La Ley Omnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria del año 1985 (COBRA), que otorga a algunos trabajadores el derecho de continuar con su cobertura de servicios de salud por un período de tiempo limitado luego de haber perdido sus empleos.

Otra reciente enmienda a la ley ERISA, es la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico del año 1996 (HIPAA). Esta pieza legislativa incluye nuevas e importantes protecciones para millones de trabajadores estadounidenses y sus familias que presenten condiciones médicas preexistentes o que pudieran sufrir discriminación en la cobertura de su atención médica sobre la base de factores relacionados a la salud de las personas.

Las preguntas que se presentan a continuación y sus respectivas respuestas se refieren a dichas leyes y a la manera en que las citadas leyes pudieran afectarle.

COBRA—Beneficios de Salud

Una de las primeras preguntas que se plantean los trabajadores desempleados es: ¿Qué sucede con mi seguro de salud?

Cuando los trabajadores pierden el seguro de salud que obtenían de su empleador anterior, pueden tener derecho a continuar cobertura de salud bajo ciertas condiciones. Las reglas de continuación de la cobertura médica establecidas por COBRA (La Ley Omnibus Consolidación de Reconciliación Presupuestaria del 1986) son aplicables a los trabajadores desempleados y sus familias, como así también a aquellos trabajadores que hayan cambiado de trabajo o quienes hayan sufrido una reducción en horas laborales y que por lo tanto hayan perdido la elegibilidad para la cobertura de seguro de médica. Sin embargo, la cobertura comprendida por esta ley es temporaria y el costo de la misma es pagada por el empleado.

Para ser elegible para la cobertura COBRA, usted debe haber estado inscrito en el plan de salud de su empleador cuando se encontraba trabajando y el plan de salud debe continuar en vigor para los empleados activos. Además, usted debe seguir algunos pasos para registrarse en COBRA y continuar recibiendo los beneficios.

P *¿Cuáles son los empleadores a los que se les requiere ofrecer la cobertura COBRA?*

R Los empleadores con más de 20 empleados deben, usualmente, ofrecer cobertura COBRA y notificar a sus empleados la disponibilidad de dicha cobertura. COBRA es aplicable a los empleados del sector privado y a la mayoría de los trabajadores estatales y locales del gobierno. Además, muchos estados cuentan con leyes que aplican a las pequeñas empresas. Usted debe ponerse en contacto con la

Oficina del Comisionado del Seguro Estatal para informarse acerca de la responsabilidad de este tipo de cobertura en el estado en que habita.

P *¿Qué sucede si la compañía para la que trabajaba cerró o se declaró en quiebra y no existe plan de salud?*

R Si no existe plan de salud no se dispondrá de cobertura COBRA. Sin embargo, si existe otro plan de salud ofrecido por la compañía, usted puede ser cubierto bajo ese plan. Los afiliados de los sindicatos que se encuentren cubiertos por un acuerdo colectivo que les proporcione un plan médico también tendrán derecho a la cobertura continuada.

P *¿Cómo hago para informarme acerca de la cobertura COBRA y de qué manera opto por dicha cobertura?*

R Los empleadores o administradores del plan de salud deben informarle por medio de un aviso general inicial en el caso de que usted sea elegible para dicha cobertura. Probablemente, usted recibió este aviso inicial acerca de COBRA al momento de ser contratado.

Cuando usted no sea ya elegible para la cobertura de salud, su empleador debe proporcionarle un aviso especificando sus derechos a los beneficios de continuidad de COBRA. Seguidamente se detalla la secuencia de eventos: Primero, el empleador debe notificar a los administradores de su plan **dentro de los 30 días** a partir de la terminación del empleo o de la fecha en que se efectuó la reducción horaria que provocó la pérdida de los beneficios de salud.

A continuación, el administrador del plan debe avisar al empleado acerca de su derecho a optar por la cobertura COBRA **dentro de los 14 días**

contados desde la fecha en que el administrador haya recibido aviso por parte del empleador.

Finalmente, usted **debe** responder a dicho aviso y optar por recibir la cobertura COBRA **dentro de 60 días a partir del día en que fue enviada la notificación por escrito o del día en que haya cesado el servicio de salud, cualesquiera que sea posterior**. Si no lo hace dentro de dichos plazos perderá sus derechos a los beneficios COBRA. Los cónyuges e hijos dependientes cubiertos por su plan de salud poseen derecho a optar independientemente por la protección COBRA a partir de su desempleo o reducción horaria. Si, por ejemplo, un miembro de su familia padece una enfermedad al momento en que usted fue desempleado, esa persona puede por sí sola solicitar la cobertura.

P *¿Si opto por COBRA, cuánto debo pagar?*

R Cuando usted se encontraba empleado, su empleador pagaba todo o una parte de la prima del plan colectivo de salud. Bajo la protección COBRA, como ex empleado que no se encuentra ya recibiendo beneficios, deberá, generalmente, pagar el monto total de la prima—esto es, la prima que usted pagaba como que empleado activo **más** el monto de la contribución que anteriormente pagaba su empleador. Además deberá calcular un 2 por ciento de gastos administrativos.

Aún cuando parezca que las primas COBRA son altas, usted pagará primas de tarifas colectivas, las cuales son, usualmente, más bajas que las tarifas individuales.

Dado que es probable que exista un lapso de tiempo de un mes o más entre la fecha en que fue separado de su empleo y la fecha en que tome la decisión de optar por la protección COBRA, usted deberá pagar

primas retroactivas—desde el momento de separación de la compañía. La primera prima, por ejemplo, le brindará cobertura desde el último día de trabajo con su ex empleador.

Usted también debe saber que es de su responsabilidad el pago por la cobertura COBRA aún cuando no reciba un estado de cuenta mensual.

Aunque no se encuentran obligados, algunos empleadores pueden subsidiar COBRA.

P *¿Cuándo comienza COBRA?*

R Una vez que usted haya optado por COBRA y pagado, la cobertura comenzará en la fecha en que cese su plan médico. Además la cobertura que usted recibirá será la misma a la de los empleados activos.

P *¿Cuánto tiempo dura la cobertura COBRA?*

R Generalmente, las personas que accedieron son inicialmente cubiertas por un máximo de 18 meses, pero la protección puede terminar con anterioridad bajo determinadas circunstancias, las cuales se detallan a continuación:

- Las primas no son pagadas en fecha;
- Su ex empleador decide no continuar con el plan de salud;
- Usted obtiene cobertura de otro plan colectivo de salud por parte de otro empleador; (Pueden plantearse algunas excepciones en el caso de que el plan de salud de su nuevo empleador excluya o limite los beneficios para una condición médica “preexistente”—básicamente una condición médica que se presente con anterioridad a su inscripción en el plan. Por favor, vea con más detalle la sección HIPAA a continuación)

- Usted es elegible para los beneficios de Medicare.

Los empleadores pueden ofrecer períodos más prolongados de cobertura COBRA pero esto se hará solamente bajo determinadas circunstancias, tales como discapacidad (suya o de un miembro de su familia), su fallecimiento o divorcio, o cuando su hijo cesa de recibir la definición de hijo dependiente bajo el plan de salud.

P *¿Quién puede contestar otras preguntas acerca de COBRA?*

R La administración de COBRA es compartida por tres agencias federales. El Departamento del Trabajo (DOL) se ocupa de las preguntas acerca de los derechos de notificación de COBRA para los empleados del sector privado. El Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) se ocupa de las preguntas relativas a los empleados estatales y locales del gobierno. El Servicio de Rentas Internas (IRS), Ministerio de Hacienda, posee otras jurisdicciones referentes a COBRA.

Usted podrá obtener información más detallada al respecto consultando el folleto correspondiente a los **Beneficios de Salud bajo la Ley Omnibus Consolidación de Reconciliación Presupuestaria** (COBRA). Para obtener una copia de dicho folleto podrá consultar los números telefónicos de la oficina DOL más cercana a su domicilio, cuyo listado encontrará en la parte posterior de esta publicación. Para obtener los números telefónicos de las oficinas HHS e IRS comuníquese con el Centro de Información Federal: **1-800-688-9889**.

HIPAA—Portabilidad del Seguro de Salud

HIPAA—la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico del año 1996—ha enmendado, recientemente, la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación para los Empleados con el objeto de proveer nuevos derechos y amparos a los participantes y beneficiarios que se encuentran en planes grupales de salud. Comprendiendo la enmienda a la ley es importante para la toma de decisiones acerca de su futura cobertura de salud. HIPAA brinda protección tanto para la cobertura de salud vinculada a su empleo (“planes colectivos de salud”) como para pólizas individuales de seguro ofrecidas por compañías de seguro (“pólizas individuales”).

Si usted encuentra un nuevo empleo que le ofrece cobertura de salud, o si usted es elegible para la cobertura de un plan como dependiente for medio de un miembro familiar, HIPAA incluye protección para la cobertura bajo un plan colectivo de salud que:

- limita los períodos de exclusión para condiciones médicas preexistentes;
- prohíbe la discriminación contra empleados y dependientes basada en su estado de salud; y
- permita una oportunidad especial a las personas para registrarse en un nuevo plan bajo ciertas circunstancias.

Si usted opta por una póliza individual para su persona o para su familia, HIPAA incluye protección para pólizas individuales que:

- garantizan el acceso a pólizas individuales para aquellas personas que califiquen; y
- garantizan la renovación de pólizas individuales.

P ¿Qué es una condición “preexistente”?

R Una “condición preexistente” es una condición médica que se presenta con anterioridad a la fecha de su matriculación en cualquier nuevo plan colectivo de salud.

Bajo HIPAA, las únicas condiciones preexistentes que pueden ser excluidas bajo un período de exclusión son aquellas condiciones médicas que fueron diagnosticadas, o por las que se recibió atención o tratamiento por prescripción médica dentro de un período de seis meses anterior a su fecha de inscripción en el plan. (La fecha de su matriculación es el primer día de cobertura, o en el caso de haber pasado por un período de espera para ingresar al plan se considera el primer día del período de espera.)

Si usted ha padecido una condición médica en el pasado, pero no ha recibido ninguna prescripción o consejo médico, diagnóstico, cuidado o tratamiento por dicha condición dentro de los seis meses previos a la fecha de su inscripción en el plan, su condición previa no es una “condición preexistente” sobre la cual pueda aplicarse un período de exclusión. Además, bajo HIPAA, la exclusión por “condición preexistente” no podrá ser aplicada en caso de embarazo, aunque la mujer hubiera tenido o no cobertura de salud previa.

Por último, una exclusión por una condición preexistente no podrá ser aplicada a un recién nacido, hijo adoptivo o niño en trámite de adopción hasta que el niño sea inscrito para la cobertura de salud dentro de un período de 30 días desde la fecha de nacimiento, adopción o trámite de adopción y con tal que el niño no incurra un período de 63 días sin la cobertura.

P Padezco de una condición preexistente que podría ser excluida bajo HIPAA. ¿Cómo

determina mi nuevo plan la duración del período de exclusión sobre mi condición preexistente?

R La duración máxima del período de exclusión por una condición preexistente es de 12 meses luego de la fecha de su inscripción (18 meses en el caso de una “inscripción tardía”). Un inscrito tardío es una persona que se matricula en un plan en una fecha que no es la establecida como la más temprana por el plan como fecha efectiva para el comienzo de la cobertura bajo los términos de dicho plan y que es distinta a la establecida como “fecha especial de inscripción” (ver más abajo).

Un plan debe reducir el período de exclusión de la condición preexistente de una persona por los días de “cobertura acreditable.” La mayoría de las coberturas médicas son “coberturas acreditables,” coberturas tales como las brindadas bajo un plan de salud colectivo (incluyendo la continuidad de cobertura COBRA), HMO, póliza de seguro individual, Medicaid or Medicare. Sin embargo, no se le requerirá a un plan tomar en cuenta los días de cobertura acreditable que precedan un lapso de cobertura (generalmente, un significativo lapso 63 días o más).

Generalmente, un plan recibe información acerca de la cobertura acreditable de una persona a través de un certificado provisto por el plan de salud previo o por la compañía de seguro de salud que hubiera expedido la póliza anteriormente (por ejemplo, una compañía de seguros o HMO). Usted debe recibir un certificado de cobertura acreditable automáticamente cuando usted pierde la cobertura de su plan anterior o cuando usted se inscriba a la cobertura COBRA y al momento de que la continuidad de COBRA cesa. Usted también tiene derecho a recibir un certificado cuando lo solicite a su plan previo o compañía de seguros dentro de un período de 24 meses a partir del momento en que cese su cobertura (y aún antes del momento en que dicha cobertura cese).

P *He recibido el certificado de mi plan anterior. ¿Qué debo hacer entonces?*

R Usted debe:

- asegúrese de que la información sea exacta; (comuníquese con el administrador del plan o con su plan anterior si alguna información comprendida en el certificado es incorrecta).
- guarde su certificado en caso de necesitarlo; (Usted necesitará su certificado si se inscribe en un nuevo plan colectivo de salud que aplique un período de exclusión por una condición preexistente o en el caso de que usted adquiriera una póliza individual con una compañía de seguros.)

P *¿Qué sucede en el caso de que tenga problemas al solicitar un certificado al plan colectivo de salud de mi antiguo empleador?*

R Bajo HIPAA, los planes colectivos de salud y las compañías de seguros que brindan este tipo de cobertura están obligados a otorgar la documentación que certifique la cobertura acreditable que usted haya ganado. Los planes y emisores de pólizas que se nieguen a proporcionar dichos certificados son sujetos a penalidades según las disposiciones de HIPAA.

Sin embargo, si usted tiene dificultades en obtener un certificado, el nuevo plan colectivo de salud deberá aceptar otras evidencias de cobertura acreditable en el caso de que usted las posea. Por consiguiente, es de suma importancia conservar los registros correspondientes (por ejemplo, talones de pago, copias de los pagos de las primas o cualquier otra prueba que evidencie la cobertura de atención médica) que puedan ser utilizados para establecer los períodos de cobertura acreditable en el caso de que la certificación no pueda ser obtenida.

P *¿Cuando me inscriba en un nuevo plan colectivo de salud que aplica un período de exclusión por una condición preexistente, de qué manera se “acredita” la cobertura previa bajo HIPAA?*

R La mayoría de los planes utilizarán lo que es llamado “método estándar” de acreditación de cobertura. Por medio de este método, usted recibirá crédito por su cobertura previa a menos que haya un lapso de cobertura de 63 días o más. Toda cobertura que usted haya recibido previamente no podrá ser considerada como crédito contra un período de exclusión si hay un lapso de cobertura de 63 días o más. Sin embargo, si su cobertura de salud es brindada a través de un HMO o de una póliza de seguro emitida por una compañía de seguros, usted podrá consultar con la oficina del Comisionado de Seguro Estatal para averiguar si el lapso de cobertura es más largo dentro del estado en el que usted se encuentra.

Para ilustrar: Suponiendo que una persona posee un seguro de cobertura de salud por término de dos años y seguidamente incurre un lapso de cobertura por 70 días y luego reanuda la cobertura por ocho meses. Esta persona recibirá crédito solamente por ocho meses de cobertura. No se le reconocerá crédito alguno por los dos años previos al lapso de cobertura de 70 días.

HIPAA también permite un “método alternativo” para acreditar la cobertura para todos los empleados. Bajo este método alternativo de cálculo de la cobertura acreditable, el plan o el emisor determinan separadamente la cantidad de la cobertura acreditable de una persona para cada una de las categorías siguientes: salud mental, tratamientos de adicción, prescripción de medicamentos, atención dental y oftalmológica. Su nuevo plan de cobertura de la salud deberá notificarlo en el caso de que utilice el método alternativo para cualquiera de los beneficios detallados.

P *¿Cuáles son las obligaciones de mi nuevo plan colectivo de salud, respecto de las “oportunidades especiales de inscripción”?*

R Un plan colectivo de salud es requerido de permitir la inscripción especial en el plan de salud a determinadas personas, sin necesidad de tener que esperar hasta el próximo período regular de inscripción.

Una oportunidad especial de inscripción se presenta cuando una persona con otro seguro de salud pierde su cobertura. Asimismo se presentará una oportunidad especial de inscripción si una persona tiene (se hacen de) un nuevo dependiente a través de matrimonio, adopción, o trámite de adopción. Sin embargo, usted deberá notificar a su plan de cobertura de salud de su solicitud de inscripción especial dentro de los 30 días a partir de la fecha en que perdió su otra cobertura o dentro de los 30 días a partir de la fecha en que tiene (o se hacen de) un nuevo dependiente.

Si usted se matricula dentro del inscrito especial no podrá ser considerado como inscrito tardío a fin de aplicar un período de exclusión por una condición preexistente. Por consiguiente, el período máximo de exclusión por condición preexistente que puede ser aplicado es 12 meses, reducido por su cobertura acreditable (en lugar de los 18 meses reducidos por su cobertura acreditable).

P *¿Puede el nuevo plan grupal de salud negarme la cobertura o cobrarme más cargos basado en mi estado de salud?*

R No. Primero, los planes colectivos de salud y los emisores de seguros de salud no pueden establecer reglas de elegibilidad (incluyendo continuidad de elegibilidad) a ningún individuo que se matricule bajo los términos de un plan basado en “factores relacionados con el estado de salud.” Estos factores incluyen: estado de salud, condición médica (física o mental), historial de reclamos, atención médica recibida, historia clínica, información historia

clínica, información genética, pruebas que evidencien incapacidad o aptitud para ser asegurados. Sin embargo, los planes de cobertura pueden establecer límites o restricciones en los beneficios o cobertura para todas las personas que se encuentren en situaciones similares.

Segundo, los planes de salud generalmente no pueden requerir a una persona el pago de una prima o contribución superior a aquellas que aplica a las personas en las mismas o similares condiciones sobre la base de los factores relacionados con el estado de salud.

P *¿Qué sucede en el caso de que no pueda obtener un nuevo plan grupal de cobertura de salud?*

R Usted puede adquirir una póliza de seguro individual. HIPAA garantiza el acceso a las pólizas individuales a todas las “personas elegibles.” Las personas elegibles son aquellas que:

- han tenido cobertura por al menos 18 meses y que el período más reciente de cobertura fue recibido bajo un plan colectivo de salud;
- no hayan terminado de recibir cobertura por parte del plan por causa de fraude o falta de pago de las primas;
- no son elegibles para la continuidad de la cobertura brindado por COBRA o hayan agotado sus beneficios de COBRA (o continuación de la cobertura bajo una provisión estatal); y
- no son elegibles para la cobertura de salud bajo otro plan colectivo de salud, Medicare o Medicaid o poseen cualquier otra cobertura de seguro de salud.

La oportunidad de comprar una póliza individual es la misma, ya sea que usted haya sido apartado, despedido o se haya retirado de su empleo. Sin embargo, el tipo de cobertura de salud que le es garantizado puede variar según los estados. Por lo tanto, es de suma importancia consultar con la Oficina del Comisionado de Seguros Estatales si usted está interesado en obtener cobertura de seguro individual.

Además, los niños que pertenezcan a familias que no tengan cobertura de salud debido a una temporaria reducción de los ingresos (por ejemplo por motivo de la pérdida del empleo) pueden ser elegibles para el Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP). CHIP es una nueva asociación federal/estatal que se encuentra ayudando a la provisión de cobertura de salud para niños.

Los estados tienen flexibilidad en la administración de los programas bajo el sistema CHIP, las agencias estatales pueden optar ya sea por expandir los programas Medicaid, diseñar nuevos programas de seguro de salud o crear combinaciones de ambos. Para obtener más información sobre el citado programa en su estado, comuníquese telefónicamente a: **1-877-KIDS NOW (1-877-543-7669)** o visite ***www.insurekidsnow.gov*** en Internet.

ERISA-Beneficios de Pensión

La Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación para los Empleados del año 1974 o ERISA, protege los aportes de millones de estadounidenses de manera tal de garantizar que los fondos aportados a los planes de jubilación durante su vida activa estarán disponibles al momento de su jubilación.

ERISA no requiere que los beneficios de pensión comiencen antes de la edad normal de jubilación, la cual es generalmente a los 65 años de edad. Alrededor de esa edad, un empleado se encuentra usualmente con el derecho a su plan de jubilación—esto es lo que el empleado ha aportado por los años de servicio de crédito requerido para jubilarse con una pensión.

Los trabajadores desempleados enfrentan dos importantes temas, cuando dejan su empleo: el acceso a sus fondos de pensión y la continuidad de la seguridad de la inversión de sus beneficios de pensión.

P *¿Puedo retirar el dinero de mi pensión si quedo desempleado?*

R Generalmente, si está inscrito en un 401(k), un plan de ganancia compartidos u otro tipo de **plan de contribución definido** (un plan en el que usted posee una cuenta individual), su plan puede proveerle una distribución de la suma total de su dinero de jubilación al momento de dejar la compañía.

Sin embargo si usted está inscrito en un **plan de beneficio definido** (un plan en el cual usted recibe un beneficio fijo preestablecido) sus beneficios **comenzarán a la edad de jubilación**. En este tipo de planes es más improbable encontrar provisiones que le permitan retiros de dinero con anterioridad a la edad jubilatoria.

Ya sea que usted se encuentre en un plan de contribución definido o un plan de beneficio definido,

la manera de distribución de su pensión (suma total, anualidad, etc.) y la fecha en que el dinero de su pensión se encontrará disponible depende de las provisiones de los documentos de su plan. Algunos planes no permiten la distribución hasta determinada edad. Otros planes no permiten la distribución hasta que no haya sido separado del empleo, por un cierto período de tiempo. Además, algunos planes procesan sus distribuciones a través del año y otros solo lo hacen una vez al año. Usted debe ponerse en contacto con el administrador de su plan de pensión para hacer las consultas pertinentes acerca de las reglas por las que se rige la distribución de sus aportes en dinero de pensión.

Uno de los documentos más importantes que usted debe poseer es la descripción sumario del plan (SPD). Este documento indica cuáles son sus beneficios y de qué manera son calculados. Una copia del SPD debe ser entregada a usted por su empleador o el administrador de su plan.

Además del SPD, su empleador debe entregarle—o usted debe solicitárselo—un estado de cuenta individual que demuestre el valor de sus beneficios de pensión—la cantidad que realmente usted ha ganado a la fecha y su estado de aptitud jubilatoria. Estos documentos contienen información de importancia para usted, ya sea que usted desee retirar el dinero ahora o más adelante.

P *¿Está obligado mi plan a entregarme una distribución de suma total?*

R ERISA no exige que los planes de pensión y planes de ganancias compartido provean una distribución de suma total. Este tipo de distribución será posible únicamente cuando el plan lo estipule específicamente y solamente cuando usted cumpla con los requisitos de elegibilidad del plan.

P *¿Si retiro dinero de mi fondo jubilatorio existen efectos adversos potenciales?*

R Sí. Al recibir una suma total u otro tipo de distribución de su plan de pensión usted puede estar afectando su posibilidad de recibir una compensación por desempleo. Usted deberá consultar este tema con la oficina de desempleo de su estado.

Además, si recibe dinero de su plan de pensión puede que esto dé como resultado un impuesto adicional a los ingresos. Sin embargo, usted puede diferir dichos impuestos, si usted conserva el dinero en su plan o si usted “transfiere” este dinero a un plan de pensión calificado o a una Cuenta de Jubilación Individual (IRA). Existen disposiciones en el Código de Rentas Internas que autorizan dicha transferencia.

Generalmente, su plan está obligado a hacer una retención del 20 por ciento de la transferencia de una distribución al menos que usted opte por obtener el pago de la distribución directamente a un plan de retiro elegible, incluyendo un plan IRA. Esto es conocido como una “transferencia directa”. Si no se realiza la transferencia directa, usted tendrá que pagar el 20 por ciento de retención para evitar consecuencias impositivas en el monto total de la transferencia. El IRS no requiere el 20 por ciento de retención sobre una transferencia de distribución elegible en el caso de que dicho monto sumado a otra transferencia efectuada durante el año sea menos de \$200.

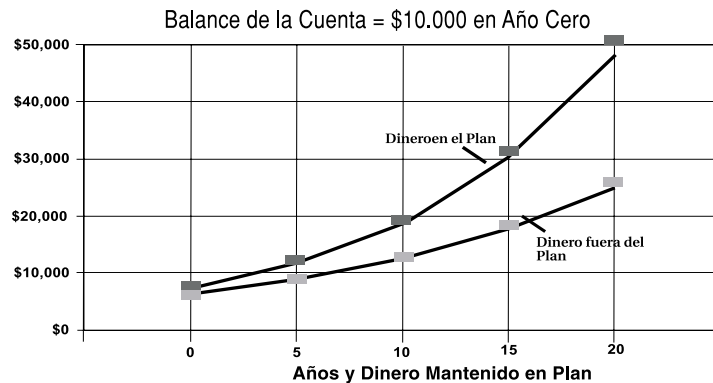
Según las reglas del IRS, y con el objeto de evitar ciertas consecuencias impositivas, usted cuenta con 60 días para transferir la distribución que haya recibido hacia otro plan calificado o IRA si usted desea evitar las consecuencias impositivas.

Si usted tiene la opción de dejar el dinero en su plan de pensión corriente o de depositarlo en una cuenta IRA, usted deberá evaluar cuidadosamente las

inversiones disponibles a través de cada opción.

Retirar dinero de su plan de jubilación también afecta la cantidad de dinero que usted acumulará a través de los años. La gráfica que se presenta a continuación muestra las consecuencias del retiro de dinero de su plan de pensión y de no depositarlo en otro plan calificado dentro del plazo límite requerido.

Proyección del Jubilación de Fondos



Nota: Los fondos de retiro disponibles son inferiores a los del balance de la cuenta debido a la deducción de impuestos.

Tal como lo muestra la gráfica, su pensión conserva el monto total que gana a través de las inversiones dado que sus ganancias no son gravadas con impuestos (hasta que usted reciba una distribución). Como resultado, las cuentas de pensión pueden crecer más rápidamente comparablemente a las cuentas gravadas con impuestos (ver la gráfica). Digamos, por ejemplo, que usted posee \$10,000 en una cuenta de pensión o IRA, y este monto tiene un rendimiento promedio en inversión del 10 por ciento. En 20 años aumentará, con un interés compuesto, a \$67,300. Si usted retira esta cantidad luego de haber alcanzado la edad de 59 años (la edad en la que usted puede retirar dinero sin una penalidad del

10 por ciento) y pagar 28 por ciento de impuestos a los ingresos sobre su retiro, usted conservará \$48,400.

Por otro lado, si usted cierra su cuenta de pensión antes de los 59 1/2 años, los impuestos recaerán sobre una porción de sus fondos y reducirán su retorno cada año a partir de entonces. Como resultado, el valor de su cuenta luego de 20 años será de aproximadamente \$24,900, considerando la misma tasa de rendimiento y la misma categoría impositiva. Tal como se muestra en la gráfica, las consecuencias impositivas del retiro anticipado le costará el 45 por ciento del balance de su cuenta al jubilarse.

Antes de proceder al retiro de fondos de pensión, usted debe hablar con su empleador, banco, consejero gremial o financiero para obtener asesoría práctica acerca de las consecuencias a largo plazo y las implicancias impositivas.

P ¿Si quedo desempleado estarán seguros mis fondos de jubilación?

R Generalmente, sus fondos de pensión no deberían estar en riesgo cuando una planta o un comercio cierra. Los empleadores deben cumplir con las leyes federales cuando establecen y llevan adelante un plan de pensión, y las consecuencias de no manejar prudentemente los recursos de los planes de pensión son serias.

Además, sus beneficios de pensión pueden ser protegidos por el gobierno federal. Los planes tradicionales (planes de beneficios definidos) están asegurados por la Corporación de Beneficios Garantizados de Pensiones (PBGC), una corporación del gobierno federal. Si un empleador tiene dificultades financieras y no puede afrontar el plan, y el plan no tiene suficiente dinero para pagar los beneficios prometidos, la PBGC asumirá la responsabilidad de fideicomisario del plan. La PBGC paga beneficios hasta un determinado monto garantizado.

Los planes definidos de contribución no se encuentran asegurados por la PBGC.

Con el objeto de ayudar a los empleados al monitoreo de sus planes y de esta manera garantizar su seguridad jubilatoria, la PWBA ha emitido una lista de diez señales de advertencia que pueden ayudarlo a detectar que su plan de pensión atraviesa problemas financieros. Dichas señales de advertencia están incluidas en la publicación **Protect Your Pension**, detallada al final de este folleto.

Si por cualquier razón usted sospecha que sus fondos de pensión no están a salvo o no son prudentemente invertidos, usted debe consultar con la oficina regional de la PWBA más cercana a su domicilio. Los domicilios y teléfonos de las oficinas regionales podrá encontrarlos en la parte final de esta publicación.

P *¿Qué sucede si la compañía que me emplea cierra y mi plan de pensión termine?*

R En un plan de contribución definido, el administrador del plan generalmente reúne cierta información relativa al plan de pensión y a los impuestos y la envía al IRS. Este proceso puede demorar la terminación del plan y el consiguiente pago de beneficios. Usted deberá ponerse en contacto con el administrador de su plan de pensión para obtener información acerca del estado y la duración del período de tiempo que pasará antes de que usted reciba su dinero.

En el caso de un plan de beneficio definido, el administrador del plan generalmente presenta ciertos documentos ante el IRS y la PBGC. Una vez que la PBGC aprueba la terminación, los beneficios son generalmente distribuidos en un pago de suma total o en un pago anual dentro de un período de un año a contar desde la fecha de terminación.

Más allá del tipo de plan de beneficio de pensión usted debe conocer el nombre del administrador del plan. Esta información está contenida en la última copia de su descripción sumario del plan. Si usted no puede encontrar el nombre del administrador de su plan, usted puede ponerse en contacto con la oficina de personal de su compañía, el representante sindical (si existiera un sindicato) o el IRS o PBGC (en el caso de la mayoría de los planes de beneficio definidos).

Si usted decide contactar algunas de estas agencias usted deberá conocer el número de identificación de su empleador conocido como EIN el cual es un número de nueve dígitos utilizado con fines impositivos. El EIN puede ser encontrado en el último formulario impositivo anual de salarios (Formulario W-2). Una oficina regional de PWBA puede ayudarlo a obtener dicha información.

P *¿Qué pasa si la compañía ha sido declarada en quiebra?*

R Si un empleador se declara en bancarrota, existen un número de opciones determinadas por el tipo de quiebra. La quiebra Capítulo 11 (reorganización) no debería tener ningún efecto sobre su plan de pensión y el plan debe seguir existiendo. El Capítulo 7 (final) de quiebras, que es el caso en que la compañía empleadora deja de existir es un tema más complicado.

Dado que cada quiebra es única, usted deberá comunicarse con el administrador de su plan de pensión, su representante sindical o el fideicomisario de quiebra y solicitar una explicación del estado de su plan de pensión.

En resumen:

Conozca por adelantado las normas que regulan la manera en que serán tratados sus aportes de pensión y beneficios de salud en el caso de que usted queda desempleado. Los documentos que se detallan a continuación contienen información valiosa acerca de sus planes de retiro y de servicios de salud y podrán serle de utilidad en su calidad de trabajador desempleado. Usted debe procurar la mayoría de ellos de parte del administrador de su plan, representante sindical o coordinador de recursos humanos.

- Descripción sumario del plan – Breve descripción de su plan de pensión o de cobertura médica;
- Reporte anual del sumario – Un estado de cuenta financiero anual resumido del plan; el sumario debe contener nombres y domicilios que usted puede necesitar;
- Formularios de inscripción detallando su nombre y los miembros de su familia que participan del plan;
- Declaración de ingresos y saldos;
- Certificado de cobertura acreditable (provistos por su ex empleador) – Informa a su nuevo empleador que usted ha tenido cobertura médica;
- Estados de cuenta que demuestran cuánto dinero ha acumulado en su cuenta de pensión o el valor de su beneficio de pensión.

Usted debe guardar todos estos documentos. Además, usted debe conservar todo otro tipo de documento tal como memorándums, cartas de su compañía empleadora, sindicato o banco, los relativos a sus planes de pensión o de planes de salud. Todos estos documentos pueden ser una prueba valiosa para la defensa de sus derechos de pensión y salud.

Para Más Información

La Administración de Beneficios de Pensión y Bienestar ofrece más información sobre ERISA, COBRA y HIPAA. Los siguientes folletos, disponibles a través de nuestro número telefónico gratuito, pueden ser de particular utilidad:

- Health Benefits Under The Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act (COBRA)
- Questions And Answers: Recent Changes In Health Care Law (HIPAA)
- What You Should Know About Your Pension Rights (ERISA)
- Protect Your Pension - A Quick Reference Guide
- Los Cambios de Condición Laboral Requieren Hacer Elecciones Médicas. Proteja Sus Derechos.
- Your Guaranteed Pension (PBCC)

Para obtener copias de las publicaciones detalladas, por favor visite nuestro sitio web:

<http://www.dol.gov/dol/pwba>

O comuníquese a nuestro número telefónico gratuito:

1-800-998-7542

Para obtener más información acerca del impacto de HIPAA en la continuidad de la cobertura COBRA puede consultar **Aviso de Rentas Internas 98-12**. Visitando **www.irs.gov/new/index.html** para encontrar el citado anterior.

Su Pensión Garantizada y otras informaciones sobre la terminación de planes de pensión se encuentran disponibles en el sitio Web de la Corporación de Beneficios Garantizados de Pensiones:

<http://www.pbgc.gov>

O telefónicamente (PBGC): **(202) 326-4000**

Para consultas específicas concernientes a sus derechos a la pensión o beneficios de salud bajo COBRA, HIPAA o ERISA, por favor póngase en contacto con la oficina regional de PWBA más cercana a su domicilio. Para obtener el listado de oficinas visite:

www.pwba.dol.gov/dol/pwba y haga click en *About PWBA, luego Contact Information.*

Directorio de las Oficinas Regionales

Oficina	Domicilio
Oficina Regional de Atlanta Teléfono: 404/562-2156	61 Forsyth St. Suite 7B54 Atlanta, GA 30303
<i>Jurisdicción: Tennessee, North Carolina, South Carolina, Georgia, Alabama, Puerto Rico, Mississippi, Florida</i>	
Oficina Regional de Boston Teléfono: 617/565-9600	J.F.K. Federal Bldg. Room 575 Boston, MA 02203
<i>Jurisdicción: Rhode Island, Vermont, Maine, New Hampshire, Connecticut, Massachusetts, centro y oeste de New York</i>	
Oficina Regional de Chicago Teléfono: 312/353-0900	200 West Adams St. Suite 1600 Chicago, IL 60606
<i>Jurisdicción: norte de Illinois, norte de Indiana, Wisconsin</i>	
Oficina Regional de Cincinnati Teléfono: 859/578-4680	1885 Dixie Hgwy. Suite 210 Ft. Wright, KY 41011-2664
<i>Jurisdicción: Michigan, Kentucky, Ohio, sur de Indiana</i>	
Oficina Regional de Dallas Teléfono: 214/767-6831	525 Griffin St. Rm. 707 Dallas, TX 75202-5025
<i>Jurisdicción: Arkansas, Louisiana, New Mexico, Oklahoma, Texas</i>	

**Oficina Regional de
Kansas City**
Teléfono: 816/426-5131

City Center Sq.
1100 Main St.
Suite 1200
Kansas City, MO 64105-2112

***Jurisdicción:** Colorado, sur de Illinois, Iowa, Kansas,
Minnesota, Missouri, Montana, Nebraska, North
Dakota, South Dakota, Wyoming*

**Oficina Regional de
Philadelphia**
Teléfono: 215/861-5300

The Curtis Center
170 S. Independence Mall
West
Suite 870 West
Philadelphia, PA 19104-3317

***Jurisdicción:** Delaware, Washington, DC, Maryland,
sur de New Jersey, Pennsylvania, Virginia,
West Virginia*

**Oficina Regional
de New York**
Teléfono: 212/637-0620

U.S. Customhouse
6 World Trade Center
Room 625
New York, NY 10048

***Jurisdicción:** estado bajo de New York, New York
City área metropolitana, norte de New Jersey*

**Oficina Regional de
Los Angeles**
Teléfono: 626/229-1000

1055 E. Colorado Blvd.
Suite 200
Pasadena, CA 91106-2341

***Jurisdicción:** American Samoa, Arizona, Guam,
Hawaii, sur de California, Wake Island*

**Oficina Regional de
San Francisco**
Teléfono: 415/975-4600

71 Stevenson St.,
Suite 915
San Francisco, CA 94105

***Jurisdicción:** Alaska, norte de California, Idaho,
Nevada, Oregon, Utah, Washington*

