

Declaración jurada por escrito del empleador sobre beneficios

	Cantidad de días por periodo de pago: _____
<p>(f) Fecha de vigencia de la terminación o retiro de los beneficios. Si el reclamante estaba inscrito al 20 de abril de 2010, declare la fecha en que terminaron los beneficios. Si el reclamante no estaba inscrito todavía al 20 de abril de 2010, declare la fecha en la que notificó al reclamante que ya no recibiría los beneficios. Si se retiró la oferta de empleo del reclamante, declare la fecha en la que se retiró la oferta.</p>	____/____/20__
<p>(g) Motivo para la terminación de los beneficios para los reclamantes inscritos al 20 de abril de 2010. Si el reclamante estaba inscrito al 20 de abril de 2010, marque la casilla al lado del motivo por el que se terminaron los beneficios del reclamante.</p>	<input type="checkbox"/> Los beneficios del reclamante se terminaron porque se dio por terminado su empleo. <input type="checkbox"/> Los beneficios del reclamante se terminaron porque experimentó un cambio en el estado de su empleo, o una reducción de horas, que ocasionaron que ya no fuera elegible para los beneficios de atención médica.
<p>(h) Si la terminación indicada en (g) estuvo relacionada o se debió al Derrame, declare de qué forma.</p>	
<p>(i) Motivo de la oferta de beneficios enmendada o retirada para los reclamantes que no estaban inscritos al 20 de abril de 2010. Si el reclamante no estaba inscrito todavía al 20 de abril de 2010, marque la casilla al lado del motivo por el que se enmendó o se retiró la oferta para los beneficios del reclamante.</p>	<input type="checkbox"/> Los beneficios del reclamante se terminaron porque se retiró la oferta de empleo del reclamante en mi empresa. <input type="checkbox"/> Los beneficios del reclamante se terminaron porque la oferta de empleo del reclamante se enmendó en una forma que ocasionó un cambio en el estado de su empleo, o una reducción de horas, que ocasionaron que él o ella ya no fuera elegible para los beneficios de atención médica.
<p>(j) Si el motivo para la enmienda o el retiro de la oferta en (i) estuvo relacionado o se debió al Derrame, declare de qué forma.</p>	
<p>2. Cobertura odontológica:</p>	<input type="checkbox"/> El reclamante se había inscrito, o planificaba inscribirse, en cobertura odontológica. <input type="checkbox"/> No corresponde al reclamante. Vaya a C.3.
<p>(a) Nombre del plan</p>	
<p>(b) Fecha de inscripción o de la inscripción planificada</p>	____/____/20__
<p>(c) Tipo de cobertura o cobertura planificada</p>	<input type="checkbox"/> Cobertura individual <input type="checkbox"/> Cobertura familiar
<p>(d) Primas periódicas o primas periódicas planificadas: Declare el monto que habría pagado a nombre del reclamante si el Derrame no hubiera ocurrido el 21 de abril de 2010 o la fecha de inicio proyectada del reclamante, hasta la primera fecha en que usted habría continuado pagando las primas o hasta el 31 de diciembre de 2011.</p>	<p>A. Monto pagado \$_____</p> <p>B. Frecuencia de los pagos</p> <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Por periodo de pago Cantidad de días por periodo de pago: _____

Declaración jurada por escrito del empleador sobre beneficios

<p>(e) Primas periódicas o primas periódicas planificadas por el reclamante: Si el reclamante estaba inscrito al 20 de abril de 2010, proporcione el monto y la frecuencia de las primas periódicas pagadas por el reclamante en abril de 2010.</p> <p>Si el reclamante no estaba inscrito al 20 de abril de 2010, proporcione el monto y la frecuencia de las primas periódicas que el reclamante habría pagado a la fecha de inicio proyectada del empleo.</p>	<p>A. Monto pagado \$ _____</p> <p>B. Frecuencia de los pagos</p> <p><input type="checkbox"/> Anualmente</p> <p><input type="checkbox"/> Mensualmente</p> <p><input type="checkbox"/> Semanalmente</p> <p><input type="checkbox"/> Por periodo de pago</p> <p>Cantidad de días por periodo de pago: _____</p>
<p>(f) Fecha de vigencia de la terminación o retiro de los beneficios. Si el reclamante estaba inscrito al 20 de abril de 2010, declare la fecha en que terminaron los beneficios. Si el reclamante no estaba inscrito todavía al 20 de abril de 2010, declare la fecha en la que notificó al reclamante que ya no recibiría los beneficios. Si se retiró la oferta de empleo del reclamante, declare la fecha en la que se retiró la oferta.</p>	<p>____/____/20__</p>
<p>(g) Motivo para la terminación de los beneficios para los reclamantes inscritos al 20 de abril de 2010. Si el reclamante estaba inscrito al 20 de abril de 2010, marque la casilla al lado del motivo por el que se terminaron los beneficios del reclamante.</p>	<p><input type="checkbox"/> Los beneficios del reclamante se terminaron porque se dio por terminado su empleo.</p> <p><input type="checkbox"/> Los beneficios del reclamante se terminaron porque experimentó un cambio en el estado de su empleo, o una reducción de horas, que ocasionaron que ya no fuera elegible para los beneficios de atención médica.</p>
<p>(h) Si la terminación indicada en (g) estuvo relacionada o se debió al Derrame, declare de qué forma.</p>	
<p>(i) Motivo de la oferta de beneficios enmendada o retirada para los reclamantes que no estaban inscritos al 20 de abril de 2010. Si el reclamante no estaba inscrito todavía al 20 de abril de 2010, marque la casilla al lado del motivo por el que se enmendó o se retiró la oferta para los beneficios del reclamante.</p>	<p><input type="checkbox"/> Los beneficios del reclamante se terminaron porque se retiró la oferta de empleo del reclamante en mi empresa.</p> <p><input type="checkbox"/> Los beneficios del reclamante se terminaron porque la oferta de empleo del reclamante se enmendó en una forma que ocasionó un cambio en el estado de su empleo, o una reducción de horas, que ocasionaron que él o ella ya no fuera elegible para los beneficios de atención médica.</p>
<p>(j) Si el motivo para la enmienda o el retiro de la oferta en (i) estuvo relacionado o se debió al Derrame, declare de qué forma.</p>	
<p>3. Cobertura de la vista:</p>	<p><input type="checkbox"/> El reclamante se había inscrito, o planificaba inscribirse, en cobertura de la vista.</p> <p><input type="checkbox"/> No corresponde al reclamante. Vaya a C.4.</p>
<p>(a) Nombre del plan</p>	
<p>(b) Fecha de inscripción o de la inscripción planificada</p>	<p>____/____/20__</p>
<p>(c) Tipo de cobertura o cobertura planificada</p>	<p><input type="checkbox"/> Cobertura individual</p> <p><input type="checkbox"/> Cobertura familiar</p>
<p>(d) Primas periódicas o primas periódicas planificadas: Declare el monto que habría pagado a nombre del reclamante si el Derrame no hubiera ocurrido el 21 de abril de 2010 o la fecha de inicio proyectada del reclamante, hasta la primera fecha en que usted habría continuado pagando las primas o hasta el 31 de diciembre de 2011.</p>	<p>A. Monto pagado \$ _____</p> <p>B. Frecuencia de los pagos</p> <p><input type="checkbox"/> Anualmente</p> <p><input type="checkbox"/> Mensualmente</p> <p><input type="checkbox"/> Semanalmente</p> <p><input type="checkbox"/> Por periodo de pago</p> <p>Cantidad de días por periodo de pago: _____</p>

Declaración jurada por escrito del empleador sobre beneficios

<p>(e) Primas periódicas o primas periódicas planificadas por el reclamante: Si el reclamante estaba inscrito al 20 de abril de 2010, proporcione el monto y la frecuencia de las primas periódicas pagadas por el reclamante en abril de 2010.</p> <p>Si el reclamante no estaba inscrito al 20 de abril de 2010, proporcione el monto y la frecuencia de las primas periódicas que el reclamante habría pagado a la fecha de inicio proyectada del empleo.</p>	<p>A. Monto pagado \$ _____</p> <p>B. Frecuencia de los pagos</p> <p><input type="checkbox"/> Anualmente</p> <p><input type="checkbox"/> Mensualmente</p> <p><input type="checkbox"/> Semanalmente</p> <p><input type="checkbox"/> Por periodo de pago</p> <p>Cantidad de días por periodo de pago: _____</p>
<p>(f) Fecha de vigencia de la terminación o retiro de los beneficios. Si el reclamante estaba inscrito al 20 de abril de 2010, declare la fecha en que terminaron los beneficios. Si el reclamante no estaba inscrito todavía al 20 de abril de 2010, declare la fecha en la que notificó al reclamante que ya no recibiría los beneficios. Si se retiró la oferta de empleo del reclamante, declare la fecha en la que se retiró la oferta.</p>	<p>____/____/20__</p>
<p>(g) Motivo para la terminación de los beneficios para los reclamantes inscritos al 20 de abril de 2010. Si el reclamante estaba inscrito al 20 de abril de 2010, marque la casilla al lado del motivo por el que se terminaron los beneficios del reclamante.</p>	<p><input type="checkbox"/> Los beneficios del reclamante se terminaron porque se dio por terminado su empleo.</p> <p><input type="checkbox"/> Los beneficios del reclamante se terminaron porque experimentó un cambio en el estado de su empleo, o una reducción de horas, que ocasionaron que ya no fuera elegible para los beneficios de atención médica.</p>
<p>(h) Si la terminación indicada en (g) estuvo relacionada o se debió al Derrame, declare de qué forma.</p>	
<p>(i) Motivo de la oferta de beneficios enmendada o retirada para los reclamantes que no estaban inscritos al 20 de abril de 2010. Si el reclamante no estaba inscrito todavía al 20 de abril de 2010, marque la casilla al lado del motivo por el que se enmendó o se retiró la oferta para los beneficios del reclamante.</p>	<p><input type="checkbox"/> Los beneficios del reclamante se terminaron porque se retiró la oferta de empleo del reclamante en mi empresa.</p> <p><input type="checkbox"/> Los beneficios del reclamante se terminaron porque la oferta de empleo del reclamante se enmendó en una forma que ocasionó un cambio en el estado de su empleo, o una reducción de horas, que ocasionaron que él o ella ya no fuera elegible para los beneficios de atención médica.</p>
<p>(j) Si el motivo para la enmienda o el retiro de la oferta en (i) estuvo relacionado o se debió al Derrame, declare de qué forma.</p>	
<p>4. Cobertura para medicamentos con receta:</p>	<p><input type="checkbox"/> El reclamante se había inscrito, o planificaba inscribirse, en cobertura para medicamentos con receta.</p> <p><input type="checkbox"/> No corresponde al reclamante. Vaya a la Sección D.</p>
<p>(a) Nombre del plan</p>	
<p>(b) Fecha de inscripción o de la inscripción planificada</p>	<p>____/____/20__</p>
<p>(c) Tipo de cobertura o cobertura planificada</p>	<p><input type="checkbox"/> Cobertura individual</p> <p><input type="checkbox"/> Cobertura familiar</p>
<p>(d) Primas periódicas o primas periódicas planificadas: Declare el monto que habría pagado a nombre del reclamante si el Derrame no hubiera ocurrido el 21 de abril de 2010 o la fecha de inicio proyectada del reclamante, hasta la primera fecha en que usted habría continuado pagando las primas o hasta el 31 de diciembre de 2011.</p>	<p>A. Monto pagado \$ _____</p> <p>B. Frecuencia de los pagos</p> <p><input type="checkbox"/> Anualmente</p> <p><input type="checkbox"/> Mensualmente</p> <p><input type="checkbox"/> Semanalmente</p> <p><input type="checkbox"/> Por periodo de pago</p>

Declaración jurada por escrito del empleador sobre beneficios

	Cantidad de días por periodo de pago: _____
<p>(e) Primas periódicas o primas periódicas planificadas por el reclamante: Si el reclamante estaba inscrito al 20 de abril de 2010, proporcione el monto y la frecuencia de las primas periódicas pagadas por el reclamante en abril de 2010.</p> <p>Si el reclamante no estaba inscrito al 20 de abril de 2010, proporcione el monto y la frecuencia de las primas periódicas que el reclamante habría pagado a la fecha de inicio proyectada del empleo.</p>	<p>A. Monto pagado \$ _____</p> <p>B. Frecuencia de los pagos</p> <p><input type="checkbox"/> Anualmente</p> <p><input type="checkbox"/> Mensualmente</p> <p><input type="checkbox"/> Semanalmente</p> <p><input type="checkbox"/> Por periodo de pago</p> <p>Cantidad de días por periodo de pago: _____</p>
<p>(f) Fecha de vigencia de la terminación o retiro de los beneficios. Si el reclamante estaba inscrito al 20 de abril de 2010, declare la fecha en que terminaron los beneficios. Si el reclamante no estaba inscrito todavía al 20 de abril de 2010, declare la fecha en la que notificó al reclamante que ya no recibiría los beneficios. Si se retiró la oferta de empleo del reclamante, declare la fecha en la que se retiró la oferta.</p>	<p>____/____/20__</p>
<p>(g) Motivo para la terminación de los beneficios para los reclamantes inscritos al 20 de abril de 2010. Si el reclamante estaba inscrito al 20 de abril de 2010, marque la casilla al lado del motivo por el que se terminaron los beneficios del reclamante.</p>	<p><input type="checkbox"/> Los beneficios del reclamante se terminaron porque se dio por terminado su empleo.</p> <p><input type="checkbox"/> Los beneficios del reclamante se terminaron porque experimentó un cambio en el estado de su empleo, o una reducción de horas, que ocasionaron que ya no fuera elegible para los beneficios de atención médica.</p>
<p>(h) Si la terminación indicada en (g) estuvo relacionada o se debió al Derrame, declare de qué forma.</p>	
<p>(i) Motivo de la oferta de beneficios enmendada o retirada para los reclamantes que no estaban inscritos al 20 de abril de 2010. Si el reclamante no estaba inscrito todavía al 20 de abril de 2010, marque la casilla al lado del motivo por el que se enmendó o se retiró la oferta para los beneficios del reclamante.</p>	<p><input type="checkbox"/> Los beneficios del reclamante se terminaron porque se retiró la oferta de empleo del reclamante en mi empresa.</p> <p><input type="checkbox"/> Los beneficios del reclamante se terminaron porque la oferta de empleo del reclamante se enmendó en una forma que ocasionó un cambio en el estado de su empleo, o una reducción de horas, que ocasionaron que él o ella ya no fuera elegible para los beneficios de atención médica.</p>
<p>(j) Si el motivo para la enmienda o el retiro de la oferta en (i) estuvo relacionado o se debió al Derrame, declare de qué forma.</p>	

D. PÉRDIDAS DE BENEFICIOS DE RETIRO RELACIONADAS CON EL EMPLEADOR

Llene cada sección que corresponda al reclamante. Si se ofreció el empleo al reclamante, y este lo había aceptado, antes del 20 de abril de 2010 para comenzar entre el 21 de abril de 2010 y el 31 de diciembre de 2010, llene la información conforme a su mejor saber y entender acerca del estado de inscripción planificada del reclamante. Si el reclamante estaba inscrito o era elegible para más de un tipo de plan de retiro, fotocopie esta sección y complétela para cada tipo de plan.

- 1. Tipo de plan de jubilación.** Marque la casilla al lado del plan en el que estaba inscrito el reclamante al 20 de abril de 2010. Nombre del plan. Si el reclamante no estaba inscrito todavía en el plan de jubilación al 20 de abril de 2010, marque la casilla al lado del plan para el que el reclamante habría sido elegible. Nombre del plan.

Declaración jurada por escrito del empleador sobre beneficios

<input type="checkbox"/> Pagos de pensión del empleador	Nombre del plan: _____
<input type="checkbox"/> Contribuciones del empleador a 401(k)	Nombre del plan: _____
<input type="checkbox"/> Contribuciones del empleador a 403(b)	Nombre del plan: _____
<input type="checkbox"/> Contribuciones del empleador al reparto de utilidades	Nombre del plan: _____
<input type="checkbox"/> Contribuciones del empleador a otro tipo de cuenta	Nombre del plan: _____
2. Si seleccionó "Contribuciones del empleador a otro tipo de cuenta", describa el tipo de plan y brinde detalles.	
3. Fecha de la inscripción, o de la inscripción planificada del reclamante, en el plan de jubilación. Declare la fecha de inicio de la inscripción del reclamante en el plan de jubilación. Si el reclamante no estaba inscrito todavía al 20 de abril de 2010, declare la fecha en la que se esperaba que el reclamante se inscribiera.	____/____/20__
4. Estado del plan posterior al Derrame. Marque la casilla para indicar si los beneficios, o la oferta de beneficios, se dieron por terminados, o si los beneficios se redujeron.	<input type="checkbox"/> Los beneficios del plan se dieron por terminados, o se dio por terminado el trabajo del empleado. <input type="checkbox"/> Los beneficios del plan se redujeron.
5. Fecha de vigencia de la terminación o la reducción de los beneficios de retiro. Declare la fecha en que los beneficios de retiro se redujeron o se dieron por terminados. Si el reclamante no estaba inscrito todavía, incluya la fecha en que los beneficios se redujeron o retiraron.	____/____/20__
6. Monto y frecuencia de la contribución conferida del empleador al plan anterior al Derrame. Si el reclamante estaba inscrito al 20 de abril de 2010, declare el monto y la frecuencia de las contribuciones del empleador entre el 1 de mayo de 2009 o la fecha de inicio del reclamante, lo que haya sucedido primero, y la reducción o terminación de los beneficios. Si el reclamante no estaba inscrito todavía en el plan de beneficios al 20 de abril de 2010, declare el monto y la frecuencia de las contribuciones planificadas del empleador al plan de jubilación del reclamante.	A. Monto por pago \$ _____ B. Frecuencia de los pagos: <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Por periodo de pago Cantidad de días por periodo de pago: _____
7. Si el plan se redujo en lugar de darse por terminado, declare el monto y la frecuencia de la contribución conferida del empleador al plan posterior al Derrame. Si el reclamante todavía era elegible para la contribución del empleador después del 20 de abril de 2010, declare el monto y la frecuencia de las contribuciones del empleador posteriores al Derrame hasta la salida del reclamante del empleo o el 31 de diciembre de 2011, lo que haya sucedido primero.	A. Monto por pago \$ _____ B. Frecuencia de las contribuciones <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Por periodo de pago Cantidad de días por periodo de pago: _____
8. Describa el programa de adquisición de derechos de pensión, o el programa planificado. Adjunte el programa de adquisición de derechos de pensión a este formulario. Describa los términos del programa de adquisición de derechos de pensión, incluido si las contribuciones del empleador fueron contingentes a la contribución del reclamante y los cambios realizados al programa de adquisición de derechos de pensión después del Derrame, si los hubo.	
9. Motivo de terminación o la reducción de beneficios para los reclamantes que estaban inscritos al 20 de abril de 2010. Si el reclamante estaba inscrito al 20 de abril de 2010, declare el motivo por	

Declaración jurada por escrito del empleador sobre beneficios

el que los beneficios se redujeron o se dieron por terminados, incluidos todos los motivos relacionados con el Derrame.

10. Motivo de la oferta de beneficios enmendada o retirada para los reclamantes que no estaban inscritos al 20 de abril de 2010. Si el reclamante no estaba inscrito todavía en los beneficios de jubilación, declare el motivo para la enmienda o el retiro de la oferta de empleo, incluidos todos los motivos relacionados con el Derrame.

E. FIRMA

Certifico y declaro, bajo pena de perjurio conforme a la Sección 1746 del Título 28 del Código de EE. UU., que toda la información que he proporcionado en esta Declaración (y en cualesquiera páginas que haya adjuntado o enviado con esta Declaración para proporcionar la información adicional solicitada en esta Declaración) es verdadera y precisa a mi leal saber y entender, y que los documentos de respaldo adjuntos o enviados con esta Declaración y la información contenida en la misma son verdaderos, precisos y están completos a mi leal saber y entender, y comprendo que las declaraciones o reclamaciones falsas realizadas con relación a esta Declaración podrían ocasionar multas, encarcelamiento y/o cualquier otro recurso disponible por ley para el gobierno federal, y que las reclamaciones sospechosas se enviarán a los organismos federales, estatales y locales encargados del cumplimiento de la ley para su posible investigación y acción judicial.

Fecha de la firma:

_____/_____/_____
(Mes/Día/Año)

Firma del empleador

Nombre (en letra de imprenta o escrito a máquina)