



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

Instrucciones para completar el Formulario CM-929P

Complete, firme, feche, y devuelva el formulario de **REPORTE DE CAMBIOS** adjunto, a más tardar 30 días después de su recepción. Las instrucciones para la presentación del formulario en línea o por correo postal se encuentran en la página 5. El formulario contiene información que el Departamento de Trabajo tiene sobre su reclamo de beneficios de pulmón negro. Si la información no es correcta, proporcione la información correcta en los espacios correspondientes en el formulario. No devolver este formulario podría resultar en la suspensión o terminación de los beneficios.

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

REQUISITOS PARA REPORTAR

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

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

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

Su responsabilidad como beneficiario representante

Su trabajo como representante del beneficiario es utilizar los beneficios de Pulmón Negro que reciba para el cuidado personal y el bienestar del beneficiario. Debe mantenerse informado de las necesidades del beneficiario para poder decidir de qué manera deben ser usados los beneficios. Debe comunicarse con el Departamento de Trabajo de los EE. UU. cuando el beneficiario cambie de residencia, o si usted deja de ejercer la responsabilidad del cuidado y bienestar del beneficiario. Debe reportar la muerte, el matrimonio, la adopción, o empleo del beneficiario, al igual que si se le da alta de un hospital o institución. También debe reportar la obtención de beneficios estatales de compensación para trabajadores por parte del beneficiario, y cambios en la asistencia a la escuela o del estado de discapacidad, si la persona por la cual recibe beneficios es un estudiante o esta discapacitada.

Toda persona que, habiendo recibido un pago para el uso y beneficio de otra persona, con pleno conocimiento y voluntariamente utilice dicho pago para algo que no sea el uso y beneficio de la persona en cuyo nombre se reciba dicho pago, estará sujeta a multa, encarcelamiento, o a ambas cosas. Los beneficios deben mantenerse en una cuenta que gane intereses y que indique que el dinero le pertenece al beneficiario (es decir, "Su nombre por el beneficiario", "Nombre del beneficiario por su nombre", "Su nombre en nombre del beneficiario (OBO)", etc.). Si no está seguro si la cuenta que ha establecido demuestra una de estas especificaciones, debe consultar a su banco y de ser necesario, cambiar el título de la cuenta de manera adecuada.

Instrucciones de reporte para el Representante del Beneficiario

Todos los representantes de beneficiarios tienen la obligación de rendir cuentas anualmente. Este es su reporte como representante del beneficiario. Debe completar y devolver el reporte ya sea pariente, amigo, o tutor designado por un tribunal del beneficiario, o si es funcionario de un banco o de una agencia o institución pública o privada. Debe mantener un registro de la cantidad de beneficios que recibió y cómo los utilizó, ya que el reporte será revisado por el Departamento de Trabajo de los EE. UU. y está sujeto a verificación. Si el reporte necesita verificación, usted será notificado. NO presente recibos, cheques cancelados, etc., junto con este reporte. Si necesita ayuda para completar el reporte, por favor comuníquese con la oficina más cercana listada abajo. ESTE REPORTE DEBE COMPLETARSE Y DEVOLVERSE EN EL TRANCURSO DE TREINTA DÍAS, O LOS BENEFICIOS PODRÍAN VERSE AFECTADOS.

Información de beneficios médicos

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

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

Si tiene preguntas sobre la cobertura médica para la condición de pulmón negro del minero, puede comunicarse con la Oficina Distrital de Pulmón Negro llamando al número gratuito -800- que aparece a continuación.

Programa de verificación asistida por computadora

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

NÚMERO GRATUITO DE OFICINAS DISTRITALES DE PULMÓN NEGRO

1-800-347-2502

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

AVISO DE LA LEY DE PRIVACIDAD

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

DECLARACIÓN DE CARGA PÚBLICA

Estimamos que tomará un promedio de 6 a 80 minutos por respuesta para completar esta recopilación de información, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar las fuentes de datos existentes, reunir y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre estos estimados o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, envíelos al Departamento de Trabajo de EE. UU., División de Compensación para Trabajadores de Minas de Carbón, 200 Constitution Avenue, NW, Suite C3520-DCMWV, Washington, DC 20210. **NO ENVÍE EL FORMULARIO COMPLETADO A ESTA OFICINA.**

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

AVISO

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



Número de identificación de caso del DOL: _____

Su nombre: _____

Dirección: _____

NÚM. DE TELÉFONO: _____

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

Marque esta casilla si no ha cambiado ninguna información sobre las preguntas 1 a 6 en el formulario.1-6.

1. Si usted y/o el beneficiario han cambiado de dirección o número de teléfono, proporcione la nueva información a continuación, incluso si los beneficios se pagan por depósito directo.

_____ Número de teléfono: _____

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

_____ Número de teléfono: _____

3. El pago mensual de beneficios de pulmón negro del beneficiario es (Monto del cheque mensual):

Si el beneficiario también recibe beneficios de PULMÓN NEGRO de otro programa de compensación para trabajadores federal o estatal, proporcione lo siguiente:

Fuente: _____ Monto: _____ Frecuencia de pago: _____

4. Marque la casilla adecuada a continuación si el estado civil del beneficiario ha cambiado.

Muerte del cónyuge - Fecha de defunción _____

Separación del cónyuge - Fecha de la separación _____

Divorcio - Fecha del divorcio _____

Matrimonio - Fecha del matrimonio _____ Nombre del cónyuge _____

Número de Seguro Social del cónyuge _____

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

No agregue más de 3 beneficiarios en esta sección

(más de 3 beneficiarios deben agregarse en la sección de Comentarios/Información adicional)

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

Relación del Beneficiario con el Beneficiario representante

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

Empleador: _____
Ganancias totales del último año calendario:
Ganancias estimadas para este año:

7. Marque a continuación todos los lugares donde el beneficiario vivió durante los últimos doce meses.

- Con usted (residencia privada) – **Pase a la pregunta 8 abajo.**
- Hogar de ancianos, hogar de cuidados personales, centro de vida asistencial, o cualquier otro lugar – **Pase a la pregunta 9 (No responda la pregunta 8)**

8. **Nota: Después de responder esta pregunta, pase a la pregunta 19 (no responda las preguntas de 9 a 18)**

- a. ¿El beneficiario ha vivido con usted durante todo el periodo? Sí No
Si marcó "No", por favor explique en la sección de comentarios abajo.
- b. ¿Cómo está usted relacionado con el beneficiario? _____
- c. ¿Se utilizaron o ahorraron todos los beneficios recibidos durante este periodo para el beneficiario? Si marcó "No", por favor explique en la sección de comentarios abajo. Sí No
- d. ¿Se gastaron los beneficios del beneficiario en artículos distintos a alimentos, vivienda o necesidades personales? Si marcó "Sí", por favor explique en la sección de comentarios abajo. Sí No

Comentarios:

9. Proporcione el nombre y la dirección de cada persona con quien el beneficiario haya vivido, o de cada instalación donde el beneficiario haya vivido, durante los últimos doce meses.

Nombre y dirección

Fecha de residencia:

Desde: _____

Hasta: _____

Nombre y dirección

Fecha de residencia:

Desde: _____

Hasta: _____

10. ¿Cómo supo cuáles eran las necesidades del beneficiario?

11. ¿Mantiene contacto con el beneficiario mediante:

¿Carta? Sí No ¿Visita? Sí No ¿Teléfono? Sí No ¿Correo electrónico? Sí No

Beneficiario: _____ Tipo de Reclamo: _____

Número de identificación de caso del DOL: _____

Contabilidad de Beneficios de Pulmón Negro

Cuando fue seleccionado como representante del beneficiario, le informamos que sería su obligación de rendir cuentas anualmente con respecto a los beneficios federales de pulmón negro recibidos y utilizados. Por favor complete las siguientes preguntas; no presente recibos, cheques cancelados, etc., junto con este reporte. (Usted recibirá notificación más adelante en caso de requerirse verificación)

Contabilidad del periodo (fecha de inicio del periodo contable): _____

A (fecha final del periodo contable): _____

12. Fondos disponibles de beneficios de pulmón negro al inicio de este periodo de reporte: Si ha presentado un reporte de contabilidad como representante del beneficiario por beneficios de pulmón negro del Departamento de Trabajo de los EE. UU. Anteriormente, esta cantidad debe ser la misma a la cifra presentada en su último reporte (punto 17) como saldo restante.

13. **Monto total de beneficios recibidos por pulmón negro durante el periodo de reporte:**

14. Total de fondos pertinente a beneficios de pulmón negro disponibles durante este periodo de reporte: (Punto 12 más 13)

15. Como se utilizaron los beneficios de pulmón negro disponibles durante el periodo de reporte:

a. Monto utilizado para alimentación y vivienda del beneficiario: (En la sección "Comentarios" de este reporte, indique el nombre y la dirección de toda persona o entidad que reciba pagos por alimentos y vivienda.)

b. Monto utilizado para vestido del beneficiario:

c. Monto utilizado para atención médica y odontológica del beneficiario:

d. Monto utilizado para necesidades personales del beneficiario:

e. Monto utilizado para manutención de dependientes del beneficiario:

f. Monto utilizado para otros artículos: (indique el propósito por el cual se utilizaron los fondos en la sección "Comentarios/Información adicional" de este reporte):

16. Monto total utilizado durante el periodo de reporte (Sume los puntos 15a a 15f)

17. Saldo restante al final de este periodo. (Punto 14 menos Punto 16)

Si el total es cero, pase al Punto 20.

18. ¿De qué manera se mantiene, ahorra o invierte el saldo de los fondos presentado en el Punto 17?

	Monto	Nombre(s) que aparece(n) en cada cuenta.*
Efectivo:	_____	_____
Cuenta corriente:	_____	_____
Cuenta de ahorros sin seguro:	_____	_____
Bonos de ahorro de EE. UU.:	_____	_____
Otros (especifique): _____	_____	_____

* Los beneficios deben mantenerse en una cuenta que gane intereses y que indique que el dinero le pertenece al beneficiario, es decir, "Su nombre por el beneficiario", "Nombre del beneficiario por su nombre", "Su nombre en nombre del beneficiario (OBO)", etc.). Si no está seguro si la cuenta que ha establecido demuestra una de estas especificaciones, debe consultar a su banco y, de ser necesario, cambiar el título de la cuenta de manera adecuada.

19. Si todos los beneficios recibidos durante este periodo de reporte fueron mantenidos, ahorrados, o invertidos, por favor explique cómo fueron satisfechas las necesidades del beneficiario:

20. Durante este periodo, ¿tuvo el beneficiario algún otro beneficio o ingreso además de los Beneficios de Pulmón Negro del Departamento de Trabajo de los EE. UU.?

Sí No Si marcó "Sí", indique la fuente de ingresos:

Fuente: _____ Frecuencia de pago: _____ Monto: _____

Fuente: _____ Frecuencia de pago: _____ Monto: _____

21. ¿Alguna vez ha sido condenado por delito?

Sí No Si marcó "Sí", explique a continuación en la sección de comentarios.

Observaciones:

22. **Este formulario debe estar firmado y fechado.**

CERTIFICO QUE TODA LA INFORMACIÓN ES CORRECTA A MI LEAL CONOCIMIENTO. Si oculta o no reporta algún evento con la intención de obtener beneficios de manera fraudulenta, ya sea por obtener un monto mayor o cuando un pago no es autorizado, podría ser multado, encarcelado, o ser sancionado de ambas formas, conforme a lo dispuesto en 30 U.S.C 941. Si usted hace mal uso de los beneficios recibidos como representante del beneficiario, podría ser condenado por delito y multado según el Título 18 U.S.C., o podría ser encarcelado por no más de 5 años, o ambas cosas. El tribunal también podría ordenar la restitución. 42 U.S.C. 408, incorporando por 30 U.S.C.923 (b), 940.

Firma/Marca del representante del Beneficiario

Fecha

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

Firma del testigo

Fecha

Firma del testigo

Fecha

Comentarios/Información adicional

DOS OPCIONES PARA PRESENTAR EL FORMULARIO:

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

Para más información llame GRATIS al: 1-800-347-2502