



# Apelación de Determinación de Beneficios de PBGC

PBGC Formulario SP724

Aprobado por OMB 1212-0061

Expira 07/31/2028

Pension Benefit Guaranty Corporation  
P.O. Box 151750 Alexandria Virginia 22315-1750

**Si necesita asistencia, llame al 1-800-400-7242 ext. 4090**

Como el destinatario de una determinación de beneficios de PBGC, usted tiene derecho a apelar la determinación de PBGC de su beneficio si puede proporcionar una razón específica por la cual la determinación es incorrecta. Si simplemente tiene una pregunta sobre su beneficio, o como este fue calculado, debería llamar al Centro de Contacto del Cliente de PBGC al 1-800-400-7242. Tiene 45 días calendarios desde la fecha en la carta de determinación de PBGC para presentar una apelación. Si necesita más tiempo para preparar su apelación, debe solicitar una extensión a la División de Apelaciones (Appeals Division) antes que su límite de 45 días calendarios expire. Usted puede presentar su apelación usando este formulario o enviando una carta, un correo electrónico o un fax que incluya la información requerida en este formulario. Si usa este formulario, por favor use tinta oscura y asegúrese de escribir con claridad. Envíe este formulario, y las copias de los documentos adecuados, a la dirección mostrada en la página 2. Si tiene preguntas sobre el proceso de apelación, por favor visite nuestra página de web y busque: Su Derecho a Apelar, o llame el Appeals Division al 1-800-400-7242 ext. 4090.

## 1. Información del Apelante (Especifique uno)

Participante       Beneficiario de un Participante Fallecido       Beneficiario Alternativo

Apellido  Primer Nombre

Segundo Nombre  Otro/s apellidos usados

Número de Identificación del Cliente  
(Deje en blanco si no tiene uno)

Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)

Sexo

Masculino

Femenino

Dirección Postal  Apartamento / Suite / Número de Ruta

Ciudad  Estado  Código Postal

Correo Electrónico (opcional)  País

Teléfono Diurno  Extensión  Teléfono Nocturno

## 2. Información del Plan

Nombre del Plan

Número de Caso

Fecha de la Carta de Determinación de PBGC la cual está apelando  
Debe presentar este formulario dentro de los 45 días calendarios desde la  
fecha establecida en la Carta de Determinación de Beneficios.)

(mm/dd/aaaa)

## 3. Explique la/s razón/es específica/s por la/s que cree que la determinación de beneficios de PBGC es incorrecta. (Use páginas adicionales, si es necesario.)

**4. ¿Tiene documentos para respaldar su apelación (por ejemplo, hojas de cálculos del plan de pensión o cartas del plan o de oficiales de la compañía)?**

<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> (Por favor solamente someta copia de los documentos - no mande originales.)	NO <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------

**5. Información del Representante Autorizado (si es que hay).** Si usted representa al Apelante identificado en la sección 1, seleccione la casilla correcta y complete la información restante.

- Un abogado representando al Apelante
- Un cónyuge, miembro de familia, u otra persona asistiendo el Apelante con esta apelación.

Si todavía no ha enviado una copia original del poder legal notariado firmado por el Apelante otorgándole a usted la autoridad de actuar de parte del Apelante, debe presentar una con este formulario

Apellido <input style="width: 95%;" type="text"/>		Primer Nombre <input style="width: 95%;" type="text"/>
Segundo Nombre <input style="width: 80%;" type="text"/>	Compañía / Nombre de la empresa	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Dirección Postal <input style="width: 80%;" type="text"/>	Apartamento / Suite / Número de Ruta	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Ciudad <input style="width: 80%;" type="text"/>	Estado <input style="width: 30%;" type="text"/>	Código Postal <input style="width: 30%;" type="text"/>
Correo Electrónico (opcional) <input style="width: 80%;" type="text"/>	País	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Teléfono Diurno <input style="width: 80%;" type="text"/>	Extensión <input style="width: 30%;" type="text"/>	Teléfono Nocturno <input style="width: 95%;" type="text"/>

**6. Firma del Apelante o el Representante Autorizado** - Usted debe firmar y escribir la fecha en esta solicitud.

Hacer declaraciones falsas, ficticias o fraudulentas intencional y voluntariamente a Pension Benefit Guaranty Corporation es un delito penado bajo el Título 18, Sección 1001, Código de los Estados Unidos (USC). Declaro bajo pena de perjurio que toda la información que he proporcionado en este formulario es verdadera y correcta.

--	--

FIRMA

FECHA

**COMO PRESENTAR UNA APELACIÓN:** Puede enviar este formulario completo en una de las siguientes maneras:

1) Puede enviar este formulario completo por correo, las páginas adicionales, las copias de los documentos adicionales (si es que hay) y el poder legal (si es requerido vea la sección 5) a:

Pension Benefit Guaranty Corporation  
 Attention: Appeals Division  
 Post Office Box 151750  
 Alexandria, VA 22315-1750

2) También puede enviar su solicitud por fax a Appeals Division al (202) 229-4095 o al (202) 229-4091.

3) Puede adjuntar este formulario a un correo electrónico enviado a [appeals@pbgc.gov](mailto:appeals@pbgc.gov).

4) Puede enviar un correo electrónico a [appeals@pbgc.gov](mailto:appeals@pbgc.gov) siempre que responda todas las preguntas de este formulario en su correo electrónico.

La División de Apelaciones (Appeals Division) confirmará que ha recibido su correspondencia Si tiene preguntas, llame al la División de Apelaciones (Appeals Division) al 1-800-400- 7242 ext. 4090.

## **AVISO DE LA LEY DE PRIVACIDAD DE PBGC**

La Ley de Derecho a la Privacidad de 1974, modificada en el estatuto 5 U.S.C. § 552a (1994), requiere que PBGC le entregue este aviso al recolectar información suya. PBGC utiliza la información para resolver las apelaciones administrativas de los asuntos especificados en 29 C.F.R. § 4003(b)(5) – (10). PBGC utiliza su número de Identificación del Cliente para identificar sus archivos dentro de PBGC, para reportar sus ingresos a efectos fiscales, y para responder a pedidos dentro del marco de la ley de información sobre usted que realizan otros individuos y entidades. Su participación es voluntaria. No obstante, su negativa a proporcionar información a PBGC, incluyendo su número de identificación del Cliente, puede demorar o impedir que PBGC calcule y le abone sus beneficios de pensión

PBGC puede suministrar información sobre usted a otros individuos y entidades cuando sea necesario y apropiado conforme a Ley de Derecho a la Privacidad, incluyendo: a un tercero que pueda verse perjudicado por una decisión de la Junta de Apelaciones, como un beneficiario alternativo bajo una orden calificada de relaciones domésticas; a terceras partes para hacerle pagos de beneficios; o a una organización sindical que lo represente a usted.

PBGC también puede suministrar información sobre usted a departamentos de seguridad del estado cuando PBGC se entere de una posible violación a las leyes penales o civiles. Si PBGC, un empleado de PBGC, los Estados Unidos u otro departamento de los Estados Unidos, se encuentra involucrado en un litigio, PBGC puede suministrar información relevante acerca de usted a un tribunal o a otra entidad relacionada con la actividad judicial o al Departamento de Justicia cuando este represente a PBGC. PBGC también puede proporcionar información sobre de usted a la Oficina de Administración y Presupuesto en relación con la revisión de las leyes de asistencia financiera individual o a una oficina del Congreso en respuesta a una averiguación sobre usted que esa oficina realiza según su pedido.

PBGC publica avisos en el Registro Federal que describen con mayores detalles cuando información sobre usted puede ser revelada a otros. Una copia del aviso más reciente del Registro Federal puede obtenerse del Centro de Contacto del Cliente de PBGC llamando gratis al 1–800–400–7242. Si usted es sordo, si tiene dificultades auditivas o si tiene una discapacidad del habla, por favor marque 7–1–1 para acceder a los servicios de retransmisión de telecomunicaciones. La autoridad que posee PBGC de recolectar información sobre usted, incluyendo su número de Identificación del Cliente, deriva del estatuto 29 U.S.C. §§ 1055, 1056 (d) (3), 1302, 1321, 1322, 1322a, 1341 y 1350 (1996). Si tiene cualquier otra pregunta o inquietud relacionada con la privacidad, puede comunicarse con el Funcionario de Divulgación de PBGC al 1–8 –400–7242, extensión 4 40.

### **Aviso del Acta de Reducción de Documentación**

PBGC necesita esta información, la cual es requerida bajo el artículo 29 Parte 4003 del CFR (siglas en inglés) para ser archivada y así poder manejar apelaciones de las determinaciones iniciales de PBGC en ciertas circunstancias. PBGC estima que tomará un promedio 0.78 horas y \$100 para cumplir con estos requisitos. Si usted tiene cualquier comentario acerca de la exactitud de este estimado o sugerencias para mejorar este formulario, por favor envíe sus comentarios a Pension Benefit Guaranty Corporation, Legislative and Regulatory Department, 445 12th Street SW, Washington, D.C. 20024–2101. La colección de esta información ha sido aprobada por Office of Management and Budget (OMB, siglas en inglés) debajo del número de control 1212– 61 (expira el **06/30/2027**). Bajo el Aviso del Acta de Reducción de Documentación, una agencia no puede conducir o patrocinar, y no es requerido que una persona responda a una colección de información a menos que se muestre un número de control válido de OMB.