

NOTIFICACIÓN NACIONAL DE MANUTENCIÓN MÉDICA PARTE-A
NOTIFICACIÓN DE RETENCIÓN PARA COBERTURA SANITARIA

La presente notificación se emite en virtud del artículo 466(a)(19) de la Ley de Seguridad Social, del artículo 609(a)(5)(C) de la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 (ERISA) y, para los planes de las administraciones estatales y locales y de las iglesias, de los artículos 401(e) y (f) de la Ley de Incentivos y Rendimiento de la Manutención de menores de 1998. La recepción de esta Notificación por parte del Organismo Emisor constituye la recepción de una Orden de Manutención Médica para Menores en virtud de la legislación aplicable. **La información sobre el progenitor custodio y el/los hijo(s) contenida en esta página es confidencial y no debe compartirse ni divulgarse con el empleado.** NOTA: A los efectos de este formulario, el Progenitor Custodio también puede ser el empleado cuando el Estado opta por tener políticas para hacer cumplir a los progenitores custodios.

<input type="checkbox"/> Orden/Notificación Nacional de Manutención Médica (NMSN)	<input type="checkbox"/> Orden/Notificación de Terminación; si está marcada, vea la página 2
Fecha de la notificación: _____ Organismo emisor: _____ Dirección: _____ Identificador del caso: _____ Número de teléfono: _____ Dirección de correo electrónico: _____ Número de FAX: _____	Autoridad judicial o administrativa: _____ Fecha de la orden: _____ Identificador de la orden: _____ Identificador de seguimiento del documento: _____ Página web del empleador: _____ Consulte las instrucciones NMSN: https://www.acf.hhs.gov/sites/default/files/documents/ocse/omb_0970-0222_a_instructions.pdf

_____ Número EIN federal del empleador/Retenedor _____ Nombre del empleador/Retenedor _____ Dirección del empleador/retenedor _____ Nombre del progenitor custodio (apellidos, nombre, segundo) _____ _____ Dirección postal del progenitor custodio _____ Dirección postal del/de los menor(es) (si es distinta de la del progenitor custodio) _____ Nombre y teléfono de un representante del menor(es) Nombre(s) de niño(s) Género FDN NSS	REF. _____ Nombre del empleado (apellidos, nombre, Seg.) _____ Número de la Seguridad Social del empleado _____ Dirección postal del empleado _____ Nombre del funcionario/organismo sustituido _____ Dirección del funcionario o organismo sustituido (Obligatorio si se deja en blanco la dirección postal del progenitor custodio) _____ Dirección postal de un representante del menor(es) Nombre(s) niño(s) Género FDN NSS
---	---

La orden exige que los menores se inscriban en todas las coberturas sanitarias disponibles; o sólo en la(s) siguiente(s):
 Médica Dental Visión Medicinas con receta Salud Mental Otro (Especifique): _____

LEY DE REDUCCIÓN DE TRÁMITES DE 1995 (P.L. 104-13) Se calcula que la carga que supone para el público esta recopilación de información es de una media de 10 minutos por respuesta, incluido el tiempo de revisión de las instrucciones, recopilación y mantenimiento de los datos necesarios y la revisión de la recopilación de información. Un organismo no puede llevar a cabo o patrocinar, y una persona no está obligada a responder, una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB actualmente válido. **Número de control OMB: 0970-0222. Fecha de vencimiento del OMB: 30/11/2025**

LIMITACIONES A LA RETENCIÓN

El importe total retenido en concepto de manutención económica y médica no puede superar el _____ % de los ingresos semanales disponibles totales del empleado. El empleador no puede retener más en virtud de esta Notificación nacional de manutención médica que la menor de las siguientes cantidades:

1. Los importes permitidos por la Ley Federal de Protección del Crédito al Consumidor (15 U.S.C., sección 1673(b));
2. Los importes autorizados por el Estado del lugar de trabajo principal del empleado; o
3. Los importes permitidos para las primas del seguro de enfermedad por la orden de manutención de menores, tal como se indica aquí: _____.

PRIORIDAD DE RETENCIÓN

Además de las limitaciones a la retención que determinan la cantidad máxima de ingresos que el empleador puede retener para pagar la manutención, cada estado tiene una política o ley que prioriza los tipos de manutención que deben pagarse. **Si el empleado no gana lo suficiente para pagar toda la manutención ordenada, entonces el empleador debe consultar la prioridad de retención del estado para determinar el orden de importancia entre todas las órdenes de manutención actuales, manutención médica, atrasos de manutención e intereses de los atrasos de manutención.** El empleador debe tener en cuenta todas las órdenes de manutención recibidas para cada empleado.

Para más información sobre las limitaciones específicas de los estados y territorios y la prioridad de las retenciones, consulte la matriz de apoyo médico de la OCSE en <https://www.acf.hhs.gov/css/contact-information/state-medical-support-contacts-and-requirements>.

Información adicional para la orden/notificación de terminación

A menos que el empleado haya indicado que desea continuar con la cobertura de forma voluntaria, usted está obligado a finalizar la cobertura de asistencia sanitaria para el hijo(s) identificados en esta orden/notificación NMSN si la casilla Orden/Notificación de terminación

1. Fecha efectiva de terminación de la orden/notificación de manutención médica: _____
2. Motivo de la terminación de la orden/notificación: _____
3. Hijo(s) para el(los) que se termina la orden/notificación:

Apellido, nombre, segundo nombre

FDN:

RESPUESTA DEL EMPLEADOR

Sección 1 - No es posible la inscripción

El empleador sabe que el administrador del plan no puede inscribir a las personas a cargo en la cobertura de atención médica proporcionada por el empleador para el empleado mencionado en la página 1 porque: (Marque todas las que correspondan)

1. El empleado mencionado en esta notificación nunca ha trabajado para este empleador.
2. Nosotros, el empleador, no ofrecemos a nuestros empleados la opción de adquirir una cobertura sanitaria para dependientes o familiares como prestación de su empleo.
3. El empleado pertenece a una categoría de empleados (por ejemplo, a tiempo parcial o no sindicados) que no tienen derecho a cobertura sanitaria familiar en virtud de ningún plan colectivo de asistencia sanitaria que mantenga o pague el empleador. **Si el trabajador solo tiene derecho temporalmente a la cobertura sanitaria, no marque esta casilla y pase a la sección 2.**

4. La cobertura sanitaria no está disponible porque el empleado no trabaja para el empleador:

Fecha efectiva de separación: _____

Motivo de la separación: _____

Último número de teléfono conocido: _____

Última dirección conocida:

Dirección Línea 1: _____

Dirección Línea 2: _____

Dirección Línea 3: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Ext. Código postal: _____

(Si se conoce información sobre el nuevo empleo, añádala en # 6).

5. Las limitaciones y/o priorización de las retenciones estatales o federales impiden retener de los ingresos del trabajador el importe necesario para obtener cobertura conforme a las condiciones del plan. (Consulte la página 2 para ver la descripción e instrucciones).

6. Otros (información sobre el nuevo empleo del empleado, hijo cubierto adecuadamente por un tercero, otro motivo de la falta de cobertura):

Nuevo empleador (si se conoce): _____ Número de teléfono del nuevo empleador: _____

Dirección del nuevo empleador:

Dirección Línea 1: _____

Dirección Línea 2: _____

Dirección Línea 3: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Ext. Código postal: _____

Sección 2 - Inscripción de dependientes aún no disponible

7. El afiliado está sujeto a un periodo de espera que expira _____ (*más de 90 días a partir de la fecha de recepción de esta notificación*), o no ha cumplido el periodo de espera, que se determina por alguna medida distinta del paso del tiempo, como la realización de un determinado número de horas trabajadas (describalo aquí: _____). Una vez transcurrido el periodo de espera, el administrador del plan tramitará la inscripción.

8. El empleado disfruta de un permiso no retribuido. Fecha prevista de reincorporación: _____

Sección 3 - Cobertura disponible para dependientes

9. El empleador envió la Parte B - Notificación de asistencia médica al Administrador del Plan en esta fecha: _____

LLENADO POR:

Nombre de la empresa del empleador:

Datos del representante del empleador:

Primer nombre: _____ Apellido: _____

Segundo Nombre o MI: _____ Sufijo Nombre: _____

Cargo: _____

Correo electrónico: _____

Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

FEIN: _____

Nombre del administrador del plan: _____

Datos de la persona de contacto: _____

Primer nombre: _____ Apellido: _____

Segundo Nombre o MI: _____ Sufijo: _____

Cargo: _____

Correo electrónico: _____

Número de teléfono _____ Número de fax: _____

FEIN: _____

NOTIFICACIÓN E INSTRUCCIONES GENERALES AL EMPLEADOR

Este documento sirve como notificación legal de que el empleado identificado en esta Notificación nacional de manutención médica está obligado por una orden judicial o administrativa de manutención de menores a proporcionar cobertura de asistencia sanitaria a los hijos identificados en esta Notificación. Esta Notificación nacional de manutención médica sustituye a cualquier Notificación de manutención médica que el organismo emisor le haya entregado anteriormente con respecto al empleado y a los hijos que figuran en esta Notificación.

El documento consta de

1. **Parte A - Notificación de retención para la cobertura de asistencia sanitaria** para que el empleador retenga las cotizaciones del empleado exigidas por el plan(es) de asistencia sanitaria colectivos en los que estén inscritos los hijos; y
2. **Parte B - Notificación de manutención médica al administrador del plan**, que debe remitirse al administrador de cada plan de asistencia sanitaria colectivo identificado por el empleador para inscribir al hijo(s) que reúna los requisitos o llenarse por el empleador si este actúa como administrador del plan de asistencia sanitaria.

El empleador que reciba esta Notificación legal deberá llenar y devolver la Parte A - Respuesta del empleador.

Si la cobertura de asistencia sanitaria colectiva no está disponible para el empleado mencionado en el presente documento, o si el empleado nunca ha estado o ya no está empleado, el empleador debe llenar la Parte A - Respuesta del empleador y devolverla al organismo emisor con la respuesta adecuada marcada.

Si usted, el empleador, proporciona las prestaciones de atención médica al empleado, envíe la Parte B - Notificación de manutención médica al administrador del plan - Respuesta del administrador del plan al administrador del plan de atención médica de su organización. Si las prestaciones de asistencia sanitaria del empleado se administran a través de otra organización, incluido un sindicato, envíe la Parte B - Notificación de asistencia médica al administrador del plan al sindicato u otra organización que actúe como administrador del plan para que la llene. **Si el empleado ya ha inscrito a su(s) hijo(s) en la cobertura de asistencia sanitaria, el empleador debe remitir la Parte B - Notificación de manutención médica al administrador del plan al administrador del plan para que la llene y la envíe al organismo emisor.**

Conserve una copia de la **Parte A - Notificación de retención para la cobertura de asistencia sanitaria** para notificar al organismo emisor si el empleado se separa del servicio por cualquier motivo, incluida jubilación o despido. También puede utilizar la Parte A para notificar al organismo emisor cualquier cambio o interrupción de la cobertura de asistencia sanitaria.

Si desea instrucciones complementarias paso a paso, consulte

https://www.acf.hhs.gov/sites/default/files/documents/ocse/omb_0970-0222_a_instructions.pdf.

RESPONSABILIDADES DEL EMPLEADOR

1. Si existe una cobertura de asistencia sanitaria para dependientes a la que puedan tener derecho el/los hijo(s) arriba identificado(s), usted está obligado a:
 - a. Transferir, a más tardar 20 días hábiles después de la fecha de la presente Notificación, una copia de la **Parte B - Notificación de manutención médica al administrador del plan** al administrador de cada uno de los planes de asistencia sanitaria colectivos apropiados a los que puedan tener derecho el/los hijo(s), llenar el punto 9 de la Sección 3, y
 - b. Tras la notificación por parte del administrador(es) del plan de si el hijo(s) está(n) afiliado(s) o no puede(n) estarlo
 - 1) Retener de los ingresos del empleado las contribuciones del empleado exigidas en virtud de cada plan de asistencia sanitaria colectivo, de conformidad con la legislación aplicable del lugar principal de empleo del empleado, y transferir las contribuciones del empleado al plan(es) correspondiente(s), o bien
 - 2) Llenar el punto 5 de la sección 1 de la Respuesta del empleador para notificar al organismo emisor que no se puede realizar la inscripción debido a la priorización o limitaciones de la retención.
 - c. Si el administrador del plan le notifica que el empleado está sujeto a un periodo de espera que vence más de 90 días después de la fecha de su recepción de la **Parte B - Notificación de manutención médica al administrador del plan**, o cuya duración está determinada por una medida distinta del paso del tiempo (por ejemplo, el cumplimiento de un determinado número de horas trabajadas), llene la sección 2, punto 7, de la Respuesta del empleador para notificar al organismo emisor el plazo de

inscripción y notificar al administrador del plan cuándo el empleado reúne los requisitos para inscribirse en el plan y que esta Notificación requiere la inscripción en el plan del hijo(s) mencionado(s) en la Notificación.

2. Si está marcada la casilla de verificación Orden/notificación de terminación, deberá terminar la NMSN/Orden de mantenimiento médica de hijos calificada (QMCSO) y la cobertura sanitaria de los hijos identificados en la orden, **a menos que el empleado haya indicado que desea continuar con la cobertura de forma voluntaria**. Si este empleado también está sujeto a una orden de retención salarial para el pago de la manutención de menores, la liberación de esta orden de seguro de asistencia sanitaria puede dar lugar a un aumento del importe de los ingresos disponibles para remitir a la unidad de desembolsos del estado en concepto de manutención de menores. La liberación de esta orden de seguro de asistencia sanitaria no anula su obligación de cumplir con la retención salarial y/u otras órdenes de seguro de asistencia sanitaria para este empleado.

DURACIÓN DE LA RETENCIÓN

El/los hijo(s) será(n) tratado(s) como dependiente(s) según los términos del plan. La cobertura de un hijo como dependiente finalizará cuando dejen de cumplirse las condiciones para tener derecho a la cobertura de conformidad con los términos del plan. No obstante, las disposiciones de cobertura continuada de ERISA pueden dar derecho al hijo a una cobertura continuada en virtud del plan. **La empresa debe seguir reteniendo las contribuciones de los empleados y no puede cancelar la afiliación (o la cobertura) de los hijos a menos que:**

1. Se proporciona al empleador una prueba escrita satisfactoria de que:
 - a. la orden judicial o administrativa de manutención de menores mencionada en esta notificación ya no está en vigor; o
 - b. El/los hijo(s) está(n) o estará(n) inscrito(s) en una cobertura equivalente que entrará en vigor a más tardar en la fecha efectiva de desafiliación del plan; o bien
2. El empresario suprime la cobertura sanitaria familiar para todos sus empleados; o
3. No se elige la continuación de la cobertura disponible o expira el periodo de dicha cobertura.

POSIBLES SANCIONES

El empleador puede estar sujeto a sanciones o penalizaciones impuestas en virtud de la legislación estatal y/o ERISA por despedir a un empleado, negarse a contratarlo o adoptar medidas disciplinarias contra cualquier empleado debido a la retención de la manutención médica de menores, o por no retener los ingresos o transferir dichas cantidades retenidas al plan o planes aplicables tal y como se indica en la Notificación. La ley estatal puede imponer sanciones o penalizaciones al empleador por no responder y/o por incumplir esta Notificación.

NOTIFICACIÓN DE TERMINACIÓN LABORAL

En cualquier caso en que se produzca el cese de la relación laboral del empleado arriba mencionado, el empleador deberá notificar sin demora dicho cese al Organismo Emisor arriba indicado. Este requisito puede cumplirse enviando al organismo emisor una copia de la **Parte A - Notificación de retención para la cobertura de asistencia sanitaria**, con el punto 4 de la sección 1 marcado o cualquier notificación que el empleador esté obligado a proporcionar en virtud de las disposiciones sobre continuación de la cobertura de ERISA o de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud.

OBLIGACIÓN DEL EMPLEADO DE APORTAR AL PLAN

El empleado es responsable de las contribuciones que se le exijan en virtud del plan(es) para la inscripción del hijo(s) y está sujeto a la ejecución forzosa correspondiente. El empleado puede impugnar la retención en virtud de la presente notificación basándose en un error de hecho (como la identidad del deudor). En caso de que un empleado impugne la retención en virtud de la presente notificación, el empleador debe seguir cumpliendo con las responsabilidades que le incumben en virtud de la presente notificación hasta que el organismo emisor le notifique que debe suspender la retención. **Para impugnar la retención en virtud de la presente Notificación, el empleado debe ponerse en contacto con el Organismo Emisor en la dirección, número de teléfono o correo electrónico que figuran en la página 1 de esta Notificación.** Con respecto a los planes sujetos a ERISA, el Departamento de Trabajo considera que los Tribunales Federales son competentes si el empleado impugna la determinación de que la Notificación constituye una Orden Médica Cualificada de Manutención de Menores.

CONTACTO PARA PREGUNTAS

Si tiene alguna pregunta sobre esta Notificación, puede ponerse en contacto con el Organismo Emisor en la dirección, el número de teléfono o el correo electrónico que figuran en la página 1 de esta Notificación.

Para consultar las preguntas más frecuentes (FAQ) sobre el NMSN, consulte [Resource Library | The Administration for Children and Families \(hhs.gov\)](#).