

SOLICITUD PARA BENEFICIOS DE SEGURO COMO CÓNYUGE SOBREVIVIENTE*

(No escriba en este espacio)

Por medio de esta solicitud, usted está solicitando todos los beneficios de seguro a los cuales tiene derecho bajo el Título II (Seguro Federal por Jubilación, Sobrevivientes, e Incapacidad) y la Parte A del Título XVIII (Seguro de Salud para los Ancianos e Incapacitados) de la Ley del Seguro Social, según actualmente enmendada. La información provista en esta solicitud por lo general es suficiente para determinar el pago global por fallecimiento. Si usted recibía beneficios como cónyuge al momento en que su cónyuge falleció, debe llenar los artículos con un círculo alrededor. Todos los otros reclamantes deben completar la solicitud entera.

*Esta también puede considerarse una solicitud para beneficios de sobrevivientes según la Ley de Jubilación Ferroviaria y para pagos de la Administración de Veteranos, bajo el título 38 U.S.C., Beneficios de Veteranos, Capítulo 13 (que constituye, como tal, una solicitud para otros tipos de beneficios de fallecimiento bajo el título 38).

①(a) Escriba en LETRA DE MOLDE el nombre del trabajador asalariado o trabajador por cuenta propia (de aquí en adelante lo llamaremos «persona fallecida»)	NOMBRE, INICIAL, APELLIDO
(b) Indique con una «X» el sexo de la persona fallecida	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino

(c) Escriba el número de Seguro Social de la persona fallecida
--

②(a) Escriba su nombre en LETRA DE MOLDE	NOMBRE, INICIAL, APELLIDO
(b) Escriba su número de Seguro Social	
(c) Escriba su nombre al nacer si es diferente al de la pregunta 2(a)	NOMBRE, INICIAL, APELLIDO

PARTE 1 - INFORMACIÓN SOBRE LA PERSONA FALLECIDA

3. Escriba la fecha de nacimiento de la persona fallecida	MES, DÍA, AÑO
---	---------------

④(a) Escriba la fecha de fallecimiento	MES, DÍA, AÑO
(b) Escriba el lugar de fallecimiento	CIUDAD Y ESTADO

⑤ Escriba el nombre del estado o país extranjero donde la persona fallecida tenía su residencia permanente al momento de fallecer	
6. (a) ¿Presentó alguna vez la persona fallecida una solicitud para beneficios de Seguro Social, un período de incapacidad bajo el Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario o seguro médico o de hospital bajo Medicare? Si los desconoce, marque esta casilla <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es «Sí», conteste la (b) y la (c).) (Si la respuesta es «No», continúe a la pregunta 7.)

(b) Escriba el/los nombre(s) de la(s) persona(s) en cuyo(s) registro(s) de Seguro Social se presentó la otra solicitud.	NOMBRE, INICIAL, APELLIDO
---	---------------------------

(c) Escriba los números de Seguro Social de las personas mencionadas en (b). Si los desconoce, marque esta casilla <input type="checkbox"/>

Conteste la pregunta 7 SÓLO si la persona falleció antes de cumplir la plena edad de jubilación o antes de que pasara un año completo después de haber cumplido la plena edad de jubilación y dentro de los últimos 4 meses.

<p>7. (a) ¿Estuvo la persona fallecida incapacitada para trabajar debido a enfermedades, lesiones o padecimientos en el momento en que falleció?</p>	<input type="checkbox"/> Sí (Si la respuesta es «Sí», conteste la (b).)	<input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es «No», continúe a la pregunta 8.)
<p>(b) Escriba la fecha en que la persona fallecida se incapacitó para trabajar.</p>	<p>MES, DÍA, AÑO</p>	
<p>8. (a) ¿Estuvo la persona fallecida en el servicio militar o naval (incluyendo el servicio activo de la Guardia Nacional o Reserva o servicio activo de adiestramiento) después del 7 de septiembre de 1939 y antes de 1968?</p>	<input type="checkbox"/> Sí (Si la respuesta es «Sí», conteste la (b) y la (c).)	<input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es «No», continúe a la pregunta 9.)
<p>(b) Escriba las fechas de servicio.</p>	<p>(mes, año) DESDE:</p>	<p>(mes, año) HASTA:</p>
<p>(c) ¿Ha recibido alguien (incluyendo la persona fallecida) o espera alguien recibir un beneficio de alguna otra agencia federal?</p>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Conteste la pregunta 9 SOLO si la persona falleció dentro de los últimos 2 años.

<p>9. (a) Aproximadamente, ¿cuánto ganó la persona fallecida como empleado o como trabajador por cuenta propia durante el año en que falleció?</p>	<p>Cantidad \$</p>	
<p>(b) Aproximadamente, ¿cuánto ganó la persona fallecida el año antes de su fallecimiento?</p>	<p>Cantidad \$</p>	
<p>10. (a) ¿Tuvo la persona fallecida ganancias, o ingresos como trabajador por cuenta propia cubierto bajo el Seguro Social todos los años desde 1978 hasta el año pasado?</p>	<input type="checkbox"/> Sí (Si la respuesta es «Sí», continúe a la pregunta 11.)	<input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es «No», conteste la (b).)
<p>(b) Escriba los años desde 1978 hasta el año pasado en que la persona fallecida no tuvo ganancias como empleado o ingresos como trabajador por cuenta propia cubiertas bajo el Seguro Social.</p>		

11. INDIQUE CON UNA «X», SI LE CORRESPONDE:

Yo no estoy presentado evidencia de las ganancias de la persona fallecida que todavía no están en su registro. Yo entiendo que estas ganancias serán incluidas automáticamente dentro de 24 meses, y cualquier aumento en mis beneficios será pagado con completa retroactividad.

INFORMACIÓN ACERCA DEL (DE LOS) MATRIMONIO(S) DE LA PERSONA FALLECIDA

12. Conteste esta pregunta SOLO si la persona fallecida estuvo casada anteriormente.

(a) Si la persona fallecida se casó **después** de casarse con usted, provea la información referente al último matrimonio de la persona fallecida. **(Si no hubo otro matrimonio, escriba «NINGUNO»).**

<p>Nombre del cónyuge (incluso, el apellido de soltera)</p>	<p>Cuándo (Mes, día, año)</p>	<p>Dónde (Nombre de la ciudad y el estado)</p>
<p>Cómo terminó el matrimonio</p>	<p>Cuándo (Mes, día, año)</p>	<p>Dónde (Nombre de la ciudad y el estado)</p>
<p>El matrimonio fue oficiado por: <input type="checkbox"/> Clérigo u oficial público <input type="checkbox"/> Otro (Explíquelo en «Comentarios»)</p>	<p>Fecha de nacimiento del cónyuge (o edad)</p>	<p>Si el cónyuge falleció, indique la fecha de fallecimiento</p>

Número de Seguro Social del cónyuge (Si «ninguno» o «se desconoce» indíquelo)

- (b) Si la persona fallecida había contraído otros matrimonios, y algunos de estos duraron por lo menos 10 años o terminaron por causa del fallecimiento del cónyuge (ya sea antes o después que usted se casara con la persona fallecida), conteste las siguientes preguntas. Si la persona fallecida se divorció y luego se volvió a casar con la misma persona en menos de un año después del divorcio y el total del tiempo que duró el matrimonio son más de 10 años, incluya la información para dicho matrimonio. **(Si no hubo otro matrimonio, escriba, «NINGUNO»).**

Nombre del cónyuge (incluya el apellido de soltero[a])	Cuándo (Mes, día, año)	Dónde (Nombre de la ciudad y el estado)
Cómo terminó el matrimonio	Cuándo (Mes, día, año)	Dónde (Nombre de la ciudad y el estado)
El matrimonio fue oficiado por: <input type="checkbox"/> Clérigo u oficial público <input type="checkbox"/> Otro (Explíquelo en «Comentarios»)	Fecha de nacimiento del cónyuge (o edad)	Si el cónyuge falleció, indique la fecha de fallecimiento

Número de Seguro Social del cónyuge (Si «ninguno» o «se desconoce» indíquelo)

En «COMENTARIOS» puede presentar información adicional sobre otros matrimonios descritos en la pregunta 12b

13. ¿Existe un padre (o padres) sobreviviente de la persona fallecida que estaba recibiendo apoyo económico al momento del fallecimiento o cuando la persona fallecida se incapacitó de acuerdo con la *Ley del Seguro Social*? Sí No Se desconoce

(Si la respuesta es «Sí», escriba el nombre y la dirección en «Comentarios».)

PARTE II - INFORMACIÓN SOBRE USTED MISMO (EL SOLICITANTE)

14. (a) Escriba el nombre del estado o país extranjero donde nació.

Si ya ha presentado, o está ahora presentando, un registro público o religioso de su nacimiento, establecido antes de que usted cumpliera los 5 años, continúe a la pregunta 15.

- (b) ¿Se estableció un registro público de su nacimiento antes de que usted cumpliera los 5 años? (Si la respuesta es «Sí», continúe a la pregunta 15.) Sí No Se desconoce
- (c) ¿Se estableció un registro religioso de su nacimiento antes de que usted cumpliera los 5 años? Sí No Se desconoce

Información sobre sus matrimonios (usted, como el solicitante)

15. (a) Provea la información referente a su matrimonio con la persona fallecida.

Nombre del cónyuge (incluya el apellido de soltero[a])	Cuándo (Mes, día, año)	Dónde (Nombre de la ciudad y el estado)
Cómo terminó el matrimonio	Cuándo (Mes, día, año)	Dónde (Nombre de la ciudad y el estado)
El matrimonio fue oficiado por: <input type="checkbox"/> Clérigo u oficial público <input type="checkbox"/> Otro (Explíquelo en «Comentarios»)	Fecha de nacimiento del cónyuge (o edad)	Si el cónyuge falleció, indique la fecha de fallecimiento

Número de Seguro Social del cónyuge (Si «ninguno» o «se desconoce» indíquelo)

(b) Si usted se volvió a casar **después** del matrimonio en la pregunta 15(a), provea la información referente a su último matrimonio. **Si no hubo otro matrimonio, escriba «NINGUNO».**

Nombre del cónyuge (incluya el apellido de soltero[a])	Cuándo (Mes, día, año)	Dónde (Nombre de la ciudad y el estado)
Cómo terminó el matrimonio	Cuándo (Mes, día, año)	Dónde (Nombre de la ciudad y el estado)
El matrimonio fue oficiado por: <input type="checkbox"/> Clérigo u oficial público <input type="checkbox"/> Otro (Explíquelo en «Comentarios»)	Fecha de nacimiento del cónyuge (o edad)	Si el cónyuge falleció, indique la fecha de fallecimiento

Número de Seguro Social del cónyuge (Si «ninguno» o «se desconoce» indíquelo)

(c) Provea información acerca de cualquier otro matrimonio que usted haya contraído y que haya durado por lo menos 10 años (vea la pregunta 12(b) para una explicación de cómo se cuentan matrimonios consecutivos múltiples contraídos con la misma persona) o terminó por causa del fallecimiento del cónyuge (ya sea antes o después que usted se casara con la persona fallecida). **Si no hubo otro matrimonio, escriba «NINGUNO».**

Nombre del cónyuge (incluya el apellido de soltero[a])	Cuándo (Mes, día, año)	Dónde (Nombre de la ciudad y el estado)
Cómo terminó el matrimonio	Cuándo (Mes, día, año)	Dónde (Nombre de la ciudad y el estado)
El matrimonio fue oficiado por: <input type="checkbox"/> Clérigo u oficial público <input type="checkbox"/> Otro (Explíquelo en «Comentarios»)	Fecha de nacimiento del cónyuge (o edad)	Si el cónyuge falleció, indique la fecha de fallecimiento

Número de Seguro Social del cónyuge (Si «ninguno» o «se desconoce» indíquelo)

Use el espacio de «COMENTARIOS» para información sobre algún otro matrimonio descrito en la pregunta 15c.

Si está solicitando los beneficios como ex-cónyuge sobreviviente, omita la pregunta 16 y pase a la pregunta 17.

16. (a) ¿Estaban viviendo juntos usted y la persona fallecida en la misma dirección al momento del fallecimiento?	<input type="checkbox"/> Sí (Si la respuesta es «Sí», continúe a la pregunta 17.)	<input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es «No», conteste la (b).)
(b) Si usted o la persona fallecida estaban fuera del hogar (<i>aunque haya sido temporalmente o no</i>) cuando falleció, provea la siguiente información: ¿Quién estaba fuera del hogar? <input type="checkbox"/> la persona fallecida <input type="checkbox"/> el cónyuge sobreviviente		
Fecha que estuvo en su casa por última vez:	Razón por la cual empezó la ausencia:	Razón por la cual ustedes estaban separados al momento del fallecimiento:

Si estaban separados debido a una enfermedad, indique la naturaleza de la enfermedad o padecimiento incapacitante.

17. (a) ¿Ha presentado (o alguien a nombre suyo) una solicitud para beneficios del Seguro Social, un período de incapacidad bajo el Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario, o seguro médico o de hospital bajo Medicare?	<input type="checkbox"/> Sí (Si la respuesta es «Sí», conteste la (b) y la (c).)	<input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es «No», continúe a la pregunta 18.)
---	---	--

(b) Escriba el nombre de la persona a quien pertenece el registro de ganancias de Seguro Social en el que presentó la otra solicitud.

(c) Escriba el número de Seguro Social de la persona mencionada en (b).
(Si se desconoce, marque esta casilla.)

NO CONTESTE LA PREGUNTA 18 SI YA CUMPLIÓ SU PLENA EDAD DE JUBILACIÓN. CONTÍNE A LA PREGUNTA 19.

18. (a) Al presente o durante los últimos 14 meses, ¿ha estado incapacitado para trabajar debido a enfermedades, lesiones o algún otro padecimiento?	<input type="checkbox"/> Sí (Si la respuesta es «Sí», conteste la (b) .)	<input type="checkbox"/> No	(Si la respuesta es «No» continúe a la pregunta 19.)
(b) Escriba la fecha en que se incapacitó para trabajar.	(mes, día, año)		
19. ¿Participó en el servicio activo militar o naval (incluso el servicio activo de la Guardia Nacional o Reserva o servicio activo de adiestramiento) después del 7 de septiembre de 1939 y antes de 1968?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
20. ¿Trabajó usted o la persona fallecida en la industria ferroviaria por más de 5 años?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
21. (a) ¿Tiene usted o la persona fallecida créditos de Seguro Social (por ejemplo, basados en el trabajo o residencia) bajo el sistema de Seguro Social de otro país?	<input type="checkbox"/> Sí (Si la respuesta es «Sí», conteste la (b) .)	<input type="checkbox"/> No	(Si la respuesta es «No», continúe a la pregunta 22.)
(b) Si la respuesta es «Sí», indique el país o países.			
22. (a) ¿Tiene derecho o espera tener derecho a una pensión o anualidad (o un pago global en vez de una pensión o anualidad) basado en su propio empleo y ganancias del gobierno federal de los EE. UU. o uno de los estados o subdivisiones municipales que no estaba cubierto bajo el Seguro Social? (Los beneficios de Seguro Social no son una pensión gubernamental).	<input type="checkbox"/> Sí (Si la respuesta es «Sí», indique cuál de los artículos en la pregunta (b) le corresponde a usted.	<input type="checkbox"/> No	(Si la respuesta es «No», continúe a la pregunta 23.)
(b) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Recibo una pensión o anualidad del gobierno. <input type="checkbox"/> Recibí un pago global en lugar de una pensión o anualidad del gobierno. <input type="checkbox"/> Solicité y estoy esperando una decisión sobre mi pensión o pago global. <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start; margin-top: 10px;"> <div style="width: 45%;"></div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> No he solicitado pero espero comenzar a recibir mi pensión o anualidad: <div style="border-top: 1px solid black; width: 100%;"></div> <div style="text-align: center;">(mes, día, año)</div> (Si no sabe la fecha, escriba, «Se desconoce») </div> </div>			

INFORMACIÓN SOBRE MEDICARE

Si se aprueba esta reclamación y todavía tiene derecho a beneficios a los 65 años o si le faltan 3 meses para cumplir los 65 años, usted podría automáticamente recibir la cobertura de Medicare Parte A (seguro de hospital) y Medicare Parte B (seguro médico) a los 65 años. Si vive en Puerto Rico o en un país extranjero, no tiene derecho a la inscripción automática de Medicare Parte B y deberá comunicarse con el Seguro Social para solicitar que se le inscriba.

CONTESTE LA PREGUNTA 23 SOLO SI SE LE FALTAN 3 MESES PARA CUMPLIR LOS 65 AÑOS O YA LOS CUMPLIÓ

La Parte B de Medicare (seguro médico) le ayuda a cubrir los gastos de servicios que le prestan los médicos y servicios como paciente ambulatorio. También cubre otros servicios que Medicare Parte A no cubre, tal como los servicios de terapeutas físicos y ocupacionales y algunos servicios en el hogar. Si decide inscribirse en la Parte B de Medicare, tendrá que pagar una prima mensual. La cantidad de la prima mensual se determinará cuándo comience su cobertura. En algunos casos, la prima mensual puede ser mayor basada en la información de sus ingresos que recibamos del Servicio de Impuestos Internos. Las primas mensuales serán descontadas de los beneficios mensuales que recibe de Seguro Social, jubilación ferroviaria, u Oficina de Administración de Personal. Si no recibe ningunos de estos beneficios, recibirá una carta donde se le explicará cómo pagar las primas mensuales. Igualmente, recibirá una carta si hay algún cambio en la cantidad de la prima mensual.

También tiene la oportunidad de inscribirse en uno de los planes de medicamentos recetados (Parte D) de Medicare. Para informarse mejor acerca de los planes de medicamentos recetados de Medicare y cuándo puede inscribirse, visite el sitio de internet es.medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY 1-877-486-2048). Los agentes de Medicare también le pueden hacer saber el nombre de las agencias en su área que le pueden ayudar a elegir un plan para la cobertura de sus medicamentos. La cantidad de su prima mensual varía según el proveedor del plan de medicamentos recetados. La cantidad de su prima mensual de la Parte D de Medicare posiblemente sea mayor que la prima mensual estándar porque está basada en la información de sus ingresos que recibimos del Servicio de Impuestos Internos.

Si tiene ingresos y recursos limitados, le animamos a que solicite el Beneficio Adicional que le puede ayudar con los gastos de los medicamentos recetados de Medicare. Este Beneficio Adicional le puede ayudar a pagar las primas mensuales, los deducibles anuales y copagos de recetas médicas. Para informarse mejor acerca de este beneficio o para solicitarlo, por favor visite el sitio de internet www.segurosocial.gov o llame al 1-800-772-1213 y oprima 7 para español (TTY 1-800325-0778) o visite la oficina del Seguro Social más cercana.

23. ¿Quiere inscribirse en la Parte B de Medicare (seguro médico)? Sí No

CONTESTE LA PREGUNTA 24 SÓLO SI LA PERSONA FALLECIDA MURIÓ ANTES DE ESTE AÑO.

24. (a) ¿Cuál fue el total de sus ganancias el año pasado? \$ _____

(b) Escriba una «X» en cada casilla de cada mes del año pasado en que usted no ganó más de *\$ _____ en salarios, ni desempeño servicios sustanciales en un empleo por cuenta propia. Estos meses son meses exentos. Si ninguno de los meses estuvo exento, escriba una «X» en «NINGUNO». Si todos los meses estuvieron exentos, escriba una «X» en «TODOS».

NINGUNO		TODOS	
ene. <input type="checkbox"/>	feb. <input type="checkbox"/>	mar. <input type="checkbox"/>	abr. <input type="checkbox"/>
mayo <input type="checkbox"/>	jun. <input type="checkbox"/>	jul. <input type="checkbox"/>	ago. <input type="checkbox"/>
sep. <input type="checkbox"/>	oct. <input type="checkbox"/>	nov. <input type="checkbox"/>	dic. <input type="checkbox"/>

* Escriba el límite mensual apropiado después de leer las instrucciones, «Como el trabajo afecta sus beneficios» (publicación 05-10969).

25. ¿Cuánto usted espera que serán sus ganancias este año? \$ _____

(b) Escriba una «X» en cada casilla por cada mes de este año en que usted no ganó o no ganará más de *\$ _____ en salarios, y no desempeñó ni desempeñará servicios sustanciales de trabajo por cuenta propia. Estos meses son meses exentos. Si ninguno de los meses estará exento, escriba una «X» en «NINGUNO». Si todos los meses estarán exentos, escriba una «X» en «TODOS».

NINGUNO		TODOS	
ene. <input type="checkbox"/>	feb. <input type="checkbox"/>	mar. <input type="checkbox"/>	abr. <input type="checkbox"/>
mayo <input type="checkbox"/>	jun. <input type="checkbox"/>	jul. <input type="checkbox"/>	ago. <input type="checkbox"/>
sept. <input type="checkbox"/>	oct. <input type="checkbox"/>	nov. <input type="checkbox"/>	dic. <input type="checkbox"/>

* Escriba el límite mensual apropiado después de leer las instrucciones, «Como el trabajo afecta sus beneficios» (publicación 05-10969).

Conteste la pregunta 26 SOLO si usted está en los últimos 4 meses de su año tributable (sep., oct., nov. y dic., si su año tributable es un año civil).

26. ¿Cuánto espera ganar el próximo año? \$ _____

(b) Escriba una «X» en cada casilla por cada mes del próximo año en que usted no espera ganar más de \$ _____ en salarios, y no espera desempeñar servicios sustanciales de trabajo por cuenta propia. Estos meses serán meses exentos. Si ninguno de los meses estará exento, escriba una «X» en «NINGUNO». Si todos los meses estarán exentos, escriba una «X» en «TODOS».

NINGUNO		TODOS	
ene. <input type="checkbox"/>	feb. <input type="checkbox"/>	mar. <input type="checkbox"/>	abr. <input type="checkbox"/>
mayo <input type="checkbox"/>	jun. <input type="checkbox"/>	jul. <input type="checkbox"/>	ago. <input type="checkbox"/>
sept. <input type="checkbox"/>	oct. <input type="checkbox"/>	nov. <input type="checkbox"/>	dic. <input type="checkbox"/>

* Escriba el límite mensual apropiado después de leer las instrucciones, «Como el trabajo afecta sus beneficios».

27. Si usa un año fiscal, es decir, un año tributable que no termina el 31 de diciembre (con la declaración de impuestos que vence el 15 de abril), indique aquí el mes en que termina su año fiscal. Mes _____

Si ya cumplió su plena edad de jubilación, vaya a la pregunta 29. De lo contrario, por favor lea cuidadosamente la información en la página 8 y conteste una de las siguientes preguntas.

28. Después de leer la información en la página 8, marque uno de los siguientes:

(a) Quiero comenzar a recibir los beneficios a partir del primer mes posible.

(b) Ya cumplí mi plena edad de jubilación (o la cumpliré dentro de los próximos 4 meses) y deseo comenzar a recibir los beneficios a partir del primer mes posible, siempre y cuando no haya una reducción permanente en mis beneficios mensuales.

(c) Quiero comenzar a recibir los beneficios con _____. Entiendo que es posible que la cantidad del beneficio inicial sea mayor o que la cantidad que continúe recibiendo mensualmente sea mayor, pero aun así elijo no aceptarlo.

CONTESTE LA PREGUNTA 29 SOLO SI TIENE POR LO MENOS 61 AÑOS Y 8 MESES DE EDAD.

29. ¿Quisiera que esta solicitud se considere como una solicitud para recibir los beneficios por jubilación basados en su propio registro de ganancias? Sí No

COMENTARIOS: (Usted puede usar este espacio para cualquier explicación. Si necesita más espacio, adjunte una hoja suelta.)

Información de pago para depósito directo (Institución financiera)

Número de ruta bancaria	Número de cuenta	<input type="checkbox"/> Cuenta de cheques	<input type="checkbox"/> Inscribirse en «Direct Express®»
		<input type="checkbox"/> Ahorros	<input type="checkbox"/> Depósito directo rechazado

Yo declaro bajo pena de perjurio que he examinado toda la información en este formulario, y en cualquier declaración o formulario adjunto y que son ciertas y correctas según mi mejor entendimiento. Yo entiendo que cualquier persona que a sabiendas provea una declaración falsa o engañosa sobre un hecho material en esta información o cause que otra persona lo haga comete un delito y puede ser enviado a prisión, o puede enfrentar otras penalidades o ambas.

FIRMA DEL SOLICITANTE

Fecha (mes, día, año)

Firma (Nombre, inicial, apellido) (Use un bolígrafo para firmar)

Números de teléfonos diurnos en los que nos podamos comunicar con usted

Código de área

Dirección postal del solicitante (número y calle, núm. de apartamento, Apdo. postal, o ruta rural) (Escriba su dirección residencial en «Comentarios», si es distinta a su dirección postal.)

Ciudad y estado

Código postal

País (si alguno) donde reside al presente

Se requieren testigos SOLO si esta solicitud ha sido firmada con una (X). Si fue firmada con una (X), dos testigos que conocen al solicitante deben firmar a continuación, dando sus direcciones completas. También, escriba en letra de molde el nombre del solicitante en la casilla que dice, Firma.

1. Firma del testigo

2. Firma del testigo

Dirección (Número y calle, ciudad, estado y código postal)

Dirección (Número y calle, ciudad, estado y código postal)

**RECIBO DE SU RECLAMACIÓN PARA RECIBIR LOS BENEFICIOS
DE SEGURO SOCIAL COMO CÓNYUGE SOBREVIVIENTE**

NÚMEROS TELEFÓNICOS PARA LLAMAR SI TIENE PREGUNTAS O ALGO QUE INFORMAR	ANTES DE RECIBIR UN AVISO DE APROBACIÓN	OFICINA DEL SEGURO SOCIAL	FECHA DE RECIBO DE SU RECLAMACIÓN
	DESPUÉS DE RECIBIR UN AVISO DE APROBACIÓN		
Su solicitud para recibir los beneficios de Seguro Social ha sido recibida y será procesada lo más pronto posible.		Mientras tanto, si cambia de dirección, o si hay algún otro cambio que puede afectar su reclamación, usted - o alguien a su favor - debe informar el cambio. Los cambios que tienen que ser informados están indicados en la página 8. Siempre nos debe hacer saber su número de reclamación cuando escriba o llame sobre su reclamación.	
Le haremos saber nuestra decisión dentro de ___ días después que nos haya presentado toda la información que le solicitamos. Algunas reclamaciones toman más tiempo si se necesita información adicional.		Con mucho gusto le ayudaremos si tiene preguntas sobre su reclamación.	
RECLAMANTE	APELLIDO DE LA PERSONA FALLECIDA, SI ES DIFERENTE AL APELLIDO DEL RECLAMANTE	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DE LA RECLAMACIÓN	

**AVISO DE LA LEY DE CONFIDENCIALIDAD
Recopilación y uso de la información personal**

Las secciones 202(e), y 202(f) de la *Ley del Seguro Social*, según enmendadas, nos autorizan a recopilar la información solicitada en este formulario. El contestar las preguntas en este formulario es voluntario. Sin embargo, no proporcionarnos toda o parte de la información que se solicita podría impedirnos tomar una decisión precisa y oportuna sobre su derecho a beneficios como cónyuge sobreviviente.

Usaremos la información para tomar una determinación sobre el derecho a los beneficios como cónyuge sobreviviente. También podemos compartir su información para los siguientes propósitos, llamados usos de rutina:

- A contratistas y otras agencias federales, según sea necesario, para ayudar a la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) en la administración eficiente de sus programas. Contemplamos la divulgación de información bajo este uso de rutina solo en situaciones en las que el Seguro Social pueda considerar un acuerdo contractual o similar, con un tercero para ayudar a cumplir una función de agencia relacionada con este sistema de registros; y
- A contactos de terceros, especialmente en situaciones en las que la parte a ser contactada tiene, o se espera que tenga, información relacionada con la capacidad de la persona para administrar sus trámites o derecho a beneficios bajo el programa de Seguro Social; cuando los datos sean necesarios para establecer la validez de la evidencia; para verificar la exactitud de la información presentada por el individuo y, si se trata de su derecho a beneficios bajo el programa de Seguro Social.

Además, podemos compartir esta información de acuerdo con la *Ley de Confidencialidad* y otras leyes federales. Por ejemplo, cuando esté autorizado, podemos usar y divulgar esta información en programas de cotejo por computadora, en los que nuestros registros se comparan con otros registros para establecer o verificar el derecho de una persona a los programas de beneficios federales y para el pago de deudas incorrectas o delincuentes bajo estos programas.

Una lista de usos de rutina adicionales está disponible en nuestro Sistema conocido como Privacy Act System of Records Notices (SORNs) 60-0089, titulado Claims Folders Systems, según se publicó en el Registro Federal (FR) el 1 de abril de 2003, en 68 FR 15784 y 60- 0090 titulado Master Beneficiary Record, publicado en FR el 11 de enero de 2006, en 71 FR 1826. Hay información adicional y una lista completa de todos nuestros SORN disponibles en nuestro sitio de internet en www.ssa.gov/privacy (solo disponible en inglés).

Ley de Reducción de Trámites - Esta recopilación de información cumple con los requisitos del código de leyes 44 U.S.C. § 3507, según enmendada por la sección 2 de la *Ley de Reducción de Trámites de 1995*. No es requisito que usted conteste estas preguntas a menos que mostremos un número de control válido de la oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas de inglés). El número de control de OMB para esta colección es 0960-0004. Calculamos que le tomará 15 minutos leer las instrucciones, reunir los datos y contestar las preguntas. **Por favor envíe solo comentarios relacionados con nuestro cálculo del tiempo a: SSA, 6401 Security Boulevard., Baltimore, MD. 21235-6401.**

CAMBIOS QUE DEBE INFORMAR Y CÓMO INFORMARLOS**NEGLIGENCIA EN INFORMAR PUEDE RESULTAR EN SOBREPAGOS QUE DEBEN SER REEMBOLSADOS, Y EN POSIBLES MULTAS MONETARIAS**

- Si cambia su dirección residencial o postal donde recibe sus beneficios. (Para evitar demoras en el recibo de cheques TAMBIÉN debe presentar un aviso de cambio de dirección en su oficina postal.)
- Si cambia su ciudadanía o estado inmigratorio.
- Si viaja fuera de los EE. UU. por 30 días consecutivos o más.
- Si uno de los beneficiarios fallece o ya no es capaz de administrar sus propios beneficios.
- Si ocurren cambios en su empleo - en su solicitud, declaró que espera ganancias totales para el año _____ de \$ _____.
- (Está) (No está) ganando salarios de más de \$ _____ mensuales.
- (Está) (No está) trabajando por cuenta propia desempeñando servicios sustanciales en su oficio o negocio. (Informe de INMEDIATO si cambia este patrón de empleo.)
- Si cambia su estado civil --matrimonio, divorcio, anulación de matrimonio. Debe informar su estado civil aunque piense que existe una excepción.
- Si está confinado por más de 30 días consecutivos en una cárcel, prisión, o institución penal o correccional por una condena de un delito o está confinado en una institución pública por una orden judicial en conexión con un delito.
- Si ocurren cambios de custodia --Informe si una persona para quien está solicitando o que está bajo su tutela fallece, deja de estar bajo su tutela o cambia de dirección.
- Si comienza a recibir una pensión, anualidad, o pago global basado en su empleo gubernamental no cubierto por el Seguro Social o la cantidad de su pensión o anualidad cambia o la deja de recibir.
- Si tiene una orden de arresto pendiente por más de 30 días consecutivos para su arresto por un delito grave o intento de delito grave o se da a la fuga para evitar el enjuiciamiento o confinamiento, escaparse de la custodia y fugarse para escapar. En la mayoría de las jurisdicciones que no definen delitos como delitos graves, esto se aplica a un delito punible con la muerte o encarcelamiento por una pena de más de un año (independientemente de la sentencia real impuesta).

Solicitantes de beneficios por incapacidad

1. Si regresa a trabajar (como empleado o trabajador por cuenta propia) sin importar la cantidad de las ganancias.
2. Si su padecimiento médico mejora.

TRABAJO Y GANANCIAS

Para aquellas personas que son menores de su plena edad de jubilación, la ley requiere que informe sus ganancias al Seguro Social dentro de 3 meses y 15 días después de que termina el año tributable en el cual gana más que la cantidad exenta anual. Puede comunicarse con el Seguro Social para presentar un informe. De lo contrario, el Seguro Social usará las ganancias que su empleador informó y las ganancias que informa en su declaración de impuestos como persona con negocio propio (si corresponde) como el informe de límite de ganancias. Es su responsabilidad asegurarse que la información que presenta referente a sus ganancias sea correcta. Debe proveer información adicional según sea necesario cuando el ajuste de su beneficio no sea correcto basado en las ganancias en su registro.

CÓMO INFORMAR

Usted puede hacer sus informes por teléfono, correo, en persona, o por internet, según lo prefiera. Si le aprueban los beneficios, y uno o más de los cambios mencionados ocurren, debe informarlos así:

- Visite nuestro sitio de internet, www.segurosocial.gov, y haga clic en la sección que dice, «Servicios por Internet».
- Llame GRATIS al 1-800-772-1213 (oprima 7 para español); o
- Si es sordo o tiene problemas auditivos, llame GRATIS a nuestro número TTY 1-800-325-0778; o
- Llame, visite o escriba a su oficina local de Seguro Social al teléfono y dirección mencionados en su recibo de reclamación.

Para información general sobre el Seguro Social, visite nuestro sitio de internet en www.segurosocial.gov.

CALCULANDO SUS GANANCIAS ANUALES

Para calcular el total de sus ganancias anuales, cuente todos los salarios brutos (antes de deducciones) y ganancias netas como trabajador por cuenta propia, los cuales gana durante el año entero. Esto incluye ambas ganancias, las de antes y después de jubilarse, y se aplica a todo ingreso ganado, ya sea que sea cubierto o no por el Seguro Social.

Sin embargo, cuando calcule su total de ganancias anuales NO CUENTE NINGUNA CANTIDAD GANADA COMENZANDO CON EL MES EN QUE CUMPLE SU PLENA EDAD DE JUBILACIÓN. Solo cuente las cantidades que ganó antes de cumplir su plena edad de jubilación.

POR FAVOR LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN CUIDADOSAMENTE ANTES DE CONTESTAR LA PREGUNTA 28.

Es posible que usted pueda recibir los beneficios por algunos meses antes del mes en que presenta esta solicitud (pero no por ninguno de los meses antes de que cumpla los 60 años (a menos que este incapacitado) si:

- SI SUS GANANCIAS EXCEDERÁN LA CANTIDAD EXENTA PARA ESTE AÑO. (Para ver la cantidad exenta apropiada, lea «Cómo el trabajo afecta sus beneficios» (Publicación número 05-10969).

Si el primer mes tiene derecho a recibir los beneficios es antes de que cumpla su plena edad de jubilación, la cantidad de su beneficio será reducida. Sin embargo, si no recibe la cantidad completa de su beneficio por un mes o más antes de cumplir su plena edad de jubilación debido a que los beneficios se están reteniendo a causa de sus ganancias, la cantidad de sus beneficios aumentará cuando cumpla su plena edad de jubilación para darle crédito por los beneficios retenidos. Así que, la cantidad de sus beneficios cuando cumpla su plena edad de jubilación será reducida solo si recibe un cheque o más de beneficios sin retención ninguna antes del mes en que cumpla su plena edad de jubilación.