

Solicitud para una *Declaración de Seguro Social*

(Request for *Social Security Statement*)

Por favor, marque el cuadrado con "X" si quiere recibir su *Declaración* en inglés en vez de español.

Favor de escribir en letra de molde o usar una máquina de escribir. Cuando haya completado el formulario, dóblelo y envíelo por correo.
(Si prefiere enviarnos su solicitud por el Internet, comuníquese con nosotros en www.segurosocial.gov)

1. Su nombre como aparece en su tarjeta de Seguro Social:

Nombre	Inicial

Apellido Solamente	

2. Su número de Seguro Social como aparece en la tarjeta:

- -

3. Su fecha de nacimiento (Mes-Día-Año)

- -

4. Otros números de Seguro Social que usted haya usado:

- -

- -

5. Su Sexo: Hombre Mujer

Para los números 6 y 8 escriba solamente las ganancias cubiertas por el Seguro Social. NO incluya salarios de empleos del gobierno federal, estatal o local que NO están cubiertos por el Seguro Social o que están cubiertos SOLAMENTE por Medicare.

6. Escriba sus ganancias exactas (salarios y/o ingresos netos de negocio propio) del año pasado y un cálculo aproximado de sus ganancias para este año.

A. Ganancias exactas del año pasado: (Dólares solamente)

\$, .

B. Cálculo aproximado de las ganancias para este año: (Dólares solamente)

\$, .

7. Indique la edad que piensa dejar de trabajar.

(Escriba sólo una edad)

8. Abajo, indique la cantidad promedio anual (no el total de sus ganancias vitalicias futuras) que piensa ganar entre ahora y la fecha que piensa dejar de trabajar. Incluya aumentos por trabajo excepcional, aumentos regulares de sueldo o gratificaciones, pero no aumentos de costo de vida.

Si usted espera ganar una cantidad que sea mucho más o mucho menos en el futuro debido a ascensos, cambios de empleo, trabajo a tiempo parcial o una ausencia de la fuerza laboral, escriba la cantidad que más se aproxime a su promedio anual de ganancias futuras.

Si no espera ningún cambio significativo, escriba la misma cantidad que gana ahora (la cantidad en 6B).

Su promedio anual de ganancias futuras: (Dólares solamente)

\$, .

9 Desea que enviemos la *Declaración*:

- a usted
Escriba su nombre, apellido y dirección postal.
- a otra persona
(por ejemplo, su contable, plan de pensión, etcétera) Escriba su nombre y apellido con "c/o" y el nombre y dirección de esa persona u organización.

"C/O" o dirección (incluya el Número de Apartamento, Apartado Postal o Ruta Rural)

Dirección

Dirección (Si la dirección es en el extranjero, indique Ciudad, Provincia y Código Postal aquí)

Ciudad, Estado y Código Postal de los Estados Unidos (Si la dirección es en el extranjero, sólo anote el nombre del país)

AVISO:

Solicito información sobre mi propio registro de Seguro Social o sobre el registro de una persona a la que tengo autorización para representar. Declaro bajo pena de perjurio, que he examinado toda la información en este formulario, y en cualquier declaración o formulario adjunto, según mi entendimiento todo es cierto y correcto. Autorizo el uso de un contratista para enviar la *Declaración de Seguro Social* a la persona y dirección nombrada en el número 9.

Por favor, firme su nombre y apellido (No escriba en letra de molde)

Fecha (Código de área) Núm. de Teléfono durante el día

Sobre la ley de confidencialidad

El Seguro Social recopile los datos en este formulario según la Sección 205 de la ley de Seguro Social. Los necesitamos para identificar rápidamente su registro y preparar la *Declaración* que nos ha pedido. Es voluntario darnos esta información. Sin embargo, sin la información, es posible que no podamos darle una *Declaración*. Ni la Administración de Seguro Social ni su contratista usará la información para cualquier otro propósito.

Ley para la Reducción de Documentos de Trabajo

Esta recopilación de información cumple con los requisitos de 44 U.S.C. §3507, según enmendada por la Sección 2 de la Ley para la Reducción de Documentos de Trabajo 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. Estimamos que le tomará 5 minutos leer las instrucciones, reunir los datos y llenar el formulario.

ENVÍE EL FORMULARIO UNA VEZ

COMPLETADO A SU OFICINA LOCAL DEL SEGURO SOCIAL. La oficina aparece en la guía telefónica bajo agencias de gobierno de EE.UU. o puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213.

Puede enviar comentarios sobre nuestro estimado del tiempo que le toma completar el formulario a: SSA, 1338 Annex Building, Baltimore, MD. 21235-0001. *Por favor sólo envíe comentarios sobre nuestro estimado, no el formulario.*

Solicitud para una *Declaración de Seguro Social*

(Request for Social Security Statement)

Después que usted complete y devuelva esta solicitud, le enviaremos, dentro de 4 a 6 semanas:

- un registro de su historial de ganancias y un cálculo de cuánto usted ha pagado en impuestos de Seguro Social; y
- un cálculo de los beneficios a los que usted y su familia pueden tener derecho ahora y en el futuro.

Nos complace proveerle esta información y esperamos que le sea útil para planificar su futuro financiero.

El Seguro Social es más que simplemente un programa para personas jubiladas. El mismo ayuda a personas de todas las edades de muchas maneras. No importa que usted sea joven o anciano, hombre o mujer, soltero o casado, el Seguro Social le puede ayudar cuando más lo necesite. Puede ayudar a mantener su familia si usted fallece o pagarle beneficios a usted si se incapacita.

Si tiene preguntas sobre el Seguro Social o este formulario, favor de llamar a nuestro número de teléfono gratis, **1-800-772-1213**.

