

Petición para una *Declaración del Seguro Social*

Dentro de cuatro a seis semanas después que devuelva este formulario, le enviaremos:

- Un registro de su historial de ganancias;
- Una estimación de cuánto ha pagado en impuestos de Seguro Social; y
- Estimaciones de los beneficios que usted (y su familia) podrían tener derecho a recibir ahora y en el futuro.

Por favor tenga en cuenta: Si ha estado recibiendo una *Declaración del Seguro Social* cada año, aproximadamente tres meses antes de su cumpleaños, esta petición suspenderá el próximo envío programado. No recibirá una *Declaración* programada hasta el siguiente año.

Esperamos que encuentre la *Declaración* útil para planificar su futuro económico. Recuerde, el Seguro Social es más que un programa para las personas jubiladas. Éste ayuda a las personas de todas las edades en muchas maneras. Por ejemplo, puede ayudar a mantener a su familia cuando usted fallezca y pagarle beneficios a usted si se incapacita severamente.

Si tiene alguna pregunta acerca del Seguro Social o este formulario, por favor llame a nuestro número gratis, **1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778)**.

Por favor marque este encasillado si desea obtener su *Declaración* en inglés en vez de español.

Por favor imprima o escriba sus respuestas por máquina. Cuando haya completado el formulario, envíelo a:

**Social Security Administration
Wilkes Barre Data Operations Center
P.O. Box 7004
Wilkes Barre, PA 18767-7004**

1. Nombre como aparece en su tarjeta de Seguro Social:

Primer nombre:

Inicial:

Apellido solamente:

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

[] - [] - []

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

[] / [] / []

4. Otros números de Seguro Social que haya usado:

[] - [] - []

[] - [] - []

5. Su sexo: Hombre Mujer

Para los artículos 6 y 8, muestre solamente las ganancias cubiertas por el Seguro Social. NO incluya salarios de empleo con el gobierno estatal, municipal o federal que NO esté cubierto por el Seguro Social o que esté cubierto solamente por Medicare.

6. Muestre sus ganancias actuales (salarios y/o ingreso de trabajo por cuenta propia) para el año pasado y su estimación de ganancias para este año.

A. Ganancias actuales del año pasado: \$. 0 0 (Dólares solamente)

B. Estimación de ganancias de este año: \$. 0 0 (Dólares solamente)

7. Muestre la edad en la cual piensa dejar de trabajar:

(Muestre solamente una edad)

8. Más abajo, muestre la cantidad anual promedio (no el total de sus ganancias vitalicias futuras) que piensa que ganará entre ahora y cuando planifica dejar de trabajar. Incluya rendimiento o aumentos programados de pago o bonificaciones, pero no los aumentos de costo de vida.

Si espera ganar significativamente más o menos en el futuro debido a promociones, cambios de trabajo, trabajo a tiempo parcial o una ausencia de la fuerza laboral, ingrese la cantidad que más cerca refleja sus futuras ganancias anuales promedio.

Si no espera ningún cambio significativo, muestre la misma cantidad que está ganando ahora (la cantidad en 6B).

Ganancias anuales futuras promedio: \$. 0 0 (Dólares solamente)

9. Quiere que le enviemos la *Declaración*:

- ¿a usted? Ingrese su nombre y dirección postal.
- ¿a otra persona (su contable, plan de pensión, etc.)? Ingrese su nombre con «c/o» y el nombre y dirección de esa persona u organización.

«C/O» o Calle (Incluya núm. de apto., P. O. Box, Ruta Rural)

Dirección

Dirección (Si una dirección en el extranjero, ingrese la Ciudad, Provincia, Código postal)

Ciudad en los EE. UU., Estado, Código postal (Si una dirección en el extranjero, ingrese el nombre del país solamente)

AVISO:
Estoy pidiendo información sobre mi propio registro de Seguro Social o el registro de una persona de la que estoy autorizado a representar. Yo declaro bajo pena de perjurio que he examinado toda la información en este formulario, y en cualquier declaración o formulario que lo acompañe, y que es cierta y correcta según mi mejor entendimiento. Yo lo autorizo a usar a un contratista para enviar la *Declaración del Seguro Social* a la persona y dirección en el artículo 9.



Por favor firme su nombre (No use letra de molde)

(Código de área) Número de teléfono diurno

Fecha

Las secciones 205(a), 205(c)(2) y 1143(a)(2) de la Ley del Seguro Social, según enmendada, nos autoriza a recopilar esta información. Usaremos la información que provea para identificar con precisión sus registros de ganancias de Seguro Social, podremos extraer el historial de ganancias de su registro y usar la información para generar el estado de cuenta que se solicita.

Proveernos esta información es totalmente voluntario. No obstante, el no proveer toda o parte de la información que pedimos nos puede impedir la expedición del estado de cuenta de Seguro Social.

Nosotros raramente usamos la información que nos provee para ningún otro propósito que no sea el de identificar su registro de ganancias de Seguro Social y para expedir el estado de cuenta de Seguro Social. Es posible que divulguemos la información a otra persona o agencia de acuerdo con los usos rutinarios aprobados, que incluyen, pero no se limitan, a lo siguiente:

1. Para permitir que un tercero o una agencia ayuden al Seguro Social a establecer el derecho o cobertura a los beneficios de Seguro Social;
2. Para cumplir con los requisitos de las leyes federales que requieren la divulgación de información de los registros de Seguro Social (Ej., a la Oficina de Contabilidad del Gobierno y el Departamento de Asuntos de Veteranos);
3. Para tomar decisiones para establecer el derecho a programas similares de mantenimiento de salud e ingresos a nivel federal, estatal y municipal; y
4. Para facilitar investigaciones estadísticas, auditorias o actividades investigativas necesarias para asegurar la integridad y mejoría de los programas del Seguro Social (Ej., la Agencia del Censo de los EE. UU. y a corporaciones privadas con las cuales tenemos contratos).

También podemos usar la información que nos provea en programas de comparación. Estos programas comparan nuestros registros con los registros que mantienen otras agencias federales, estatales o municipales. La información de estos programas se puede usar para establecer o verificar el derecho de una persona a participar en los programas de beneficios financiados o administrados por el gobierno federal y para el reembolso de pagos o deudas delincuentes bajo estos programas.

Puede encontrar una lista completa de usos rutinarios para esta información en nuestro Aviso de sistema de registros titulada, «Earnings Recording and Self-Employment Income System, Social Security Administration, Office of Systems, 60-0059» (solo disponible en inglés). Este aviso, la información adicional sobre este formulario e información referente a nuestros programas y sistemas, están disponibles por Internet en www.segurosocial.gov o en su oficina local del Seguro Social.

Aviso de la Ley de Reducción de Trámites

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 Trámites del 1995. No es requisito que conteste estas preguntas a menos que mostremos un número de control válido de la oficina de Administración y Presupuesto. Calculamos que le tomará alrededor de 5 minutos leer las instrucciones, reunir los datos y contestar las preguntas. Puede enviar comentarios referentes a nuestra estimación de tiempo que le toma llenar el formulario a: SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD 21235-6401. **Solo envíe comentarios referente a nuestra estimación del tiempo a esta dirección, no el formulario lleno.**