

SOLICITUD DE BENEFICIOS POR SEGURO DE MADRE O PADRE*
(Application for mother's or father's insurance benefits)

(No escriba en este espacio)

Con esta aplicación, usted está solicitando para todos los beneficios de seguro a los cuales tiene derecho bajo el Título II (Seguros Federales por Jubilación, Incapacidad y Sobrevivientes) y la Parte A de Título XVIII (Seguro de salud para ancianos e incapacitados) de la Ley del Seguro Social, según enmendada al presente.

La información provista por usted en esta solicitud por lo general será suficiente para determinar si el pago global por defunción es pagadero. Para información adicional sobre esta solicitud, vea la hoja informativa sobre el formulario SSA-5 disponible en www.segurosocial.gov.

*Esta solicitud también puede considerarse una solicitud de beneficios para sobrevivientes bajo la Ley de Retiro Ferroviario y para los beneficios de Administración de Veteranos bajo el Título 38 U.S.C., beneficios para veteranos, Capítulo 13 (el cual, es una solicitud para otros tipos de beneficios por concepto de fallecimiento bajo el Título 38).

1. (a) Escriba en LETRA DE MOLDE el nombre del trabajador asalariado o trabajador por cuenta propia, fallecido (de aquí en adelante le llamaremos «la persona fallecida»).	NOMBRE, INICIAL, APELLIDO
(b) Marque con una (x) el género 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.	
3. Escriba su nombre al nacer, si es diferente al de la pregunta número 2(a).	
4. (a) Escriba su fecha de nacimiento.	MES, DÍA, AÑO
(b) Escriba el nombre del estado o país extranjero donde usted nació.	

Favor de leer cuidadosamente antes de contestar la pregunta número 5

Usted puede recibir los beneficios como padre o madre por cualquier mes que tenga en su cuidado el niño de la persona fallecida o nieto dependiente quien tiene derecho a recibir los beneficios como niño dependiente, si el niño es:

- menor de 16 años de edad, o
- incapacitado (mayor de los 16 años de edad y la incapacidad comenzó antes de cumplir los 22 años de edad).

Si está solicitando como un padre o madre divorciado sobreviviente, el niño(a) debe ser su hijo(a), o niño(a) legalmente adoptado quien tiene derecho a recibir los beneficios como hijo(a) en el registro de ganancias de la persona fallecida.

Los beneficios de madre o padre no son pagaderos si el único hijo bajo su cuidado es mayor de 16 años de edad y no está incapacitado.

5. ¿Ha vivido con usted, en algún momento desde el mes del fallecimiento hasta el presente, el niño soltero o nieto dependiente de la persona fallecida, quien es menor de 16 años o quien está incapacitado? (Incluya niños adoptivos, hijastros y nietastros.) (Si la respuesta es «Sí», escriba la información solicitada a continuación.) Sí No

Nombre del niño	Meses en que el niño vivió con usted (Si son todos, escriba «todos»)

6. (a) ¿Ha presentado usted (o alguien a su favor) una solicitud para recibir los beneficios de Seguro Social, o a solicitado por un período de incapacidad bajo el Seguro Social o Seguridad de Ingreso Suplementario, o seguro de hospital o médico 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», pase a la pregunta 7.)
(b) Escriba el nombre de la persona bajo cuyo registro de Seguro Social usted presentó la otra solicitud.		NOMBRE, INICIAL, APELLIDO	
(c) Escriba el número de Seguro Social de la persona nombrada en (b) (Si no lo sabe escriba, «no lo sé»).			
7. (a) ¿Es usted o fue incapaz de trabajar durante los últimos 14 meses, debido a enfermedades, lesiones o padecimientos?		<input type="checkbox"/> Sí (Si la respuesta es «Sí», conteste la (b))	<input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es «No», pase a la pregunta 8.)
b) Escriba la fecha cuando ya no fue capaz de trabajar.		MES, DÍA, AÑO	
8. ¿Trabajó usted con la industria ferroviaria por 5 años o más?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
9. (a) ¿Tiene usted créditos de Seguro Social (por ejemplo, basados en un empleo o país de 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», pase a la pregunta 10.)
(b) Si la respuesta es «Sí», indique el nombre país o países.			
10. ¿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?		<input type="checkbox"/> Sí (Si la respuesta es «Sí», escriba el nombre y dirección de los padre(es) en la Sección de Comentarios.)	<input type="checkbox"/> No
11. INFORMACIÓN SOBRE SU(S) MATRIMONIO(S)			
(a) Escriba a continuación la información respecto a su matrimonio con la persona fallecida.			
Nombre del cónyuge (incluya nombre de soltera)	¿Cuándo? (Mes, día, año)	¿Dónde? (Nombre de ciudad y estado)	
¿Cómo terminó el matrimonio?	¿Cuándo? (Mes, día, año)	¿Dónde? (Nombre de ciudad y estado)	
Matrimonio oficiado por: <input type="checkbox"/> Clérigo u oficial público <input type="checkbox"/> Otro (Explique en «Comentarios»)	Fecha de nacimiento del cónyuge (o edad)	Si el cónyuge falleció, indique la fecha de defunción	
(b) Si se volvió a casar después del matrimonio indicado en la pregunta número 11(a), provea la información sobre el último matrimonio. (Si no procede, escriba «NINGUNO») .			
Nombre del cónyuge (incluya nombre de soltera)	¿Cuándo? (Mes, día, año)	¿Dónde? (Nombre de ciudad y estado)	
¿Cómo terminó el matrimonio?	¿Cuándo? (Mes, día, año)	¿Dónde? (Nombre de ciudad y estado)	
Matrimonio fue oficiado por: <input type="checkbox"/> Clérigo u oficial público <input type="checkbox"/> Otro (Explique en Comentarios)	Fecha de nacimiento del cónyuge (o edad)	Si el cónyuge falleció, indique la fecha de defunción	
Número de Seguro Social del cónyuge (Si «ninguno» o «no lo sabe», indíquelo)			
(c) Si estuvo casado(a) anteriormente, y el matrimonio duró por lo menos 10 años o terminó debido a el fallecimiento del cónyuge, (ya sea antes o después que se casó con la persona fallecida), provea la información solicitada a continuación. Si se divorció y luego se volvió a casar con la misma persona dentro del año inmediatamente después del año del divorcio, y el periodo total combinado de matrimonio fue más de 10 años, incluya el matrimonio. (Si no procede, escriba «NINGUNO») .			

Nombre del cónyuge (incluya nombre de soltera)	¿Cuándo? (Mes, día, año)	¿Dónde? (Nombre de ciudad y estado)
¿Cómo terminó el matrimonio?	¿Cuándo? (Mes, día, año)	¿Dónde? (Nombre de ciudad y estado)
Matrimonio fue oficiado por: <input type="checkbox"/> Clérigo u oficial público <input type="checkbox"/> Otro (explique en «Comentarios»)	Fecha de nacimiento del cónyuge (o edad)	Si el cónyuge falleció, indique la fecha de defunción
Número de Seguro Social del cónyuge (Si «ninguno» o «no lo sabe», indíquelo)		

Use la Sección de «Comentarios» si necesita escribir más información

12. INFORMACIÓN SOBRE EL/LOS MATRIMONIO(S) DE LA PERSONA FALLECIDA

Conteste esta pregunta SOLO si la persona fallecida tuvo otros matrimonios.

(a) Si la persona fallecida se casó **después** de estar casado(a) con usted, provea la información sobre el último matrimonio.

(Si no procede, escriba «NINGUNO»).

Nombre del cónyuge (incluya nombre de soltera)	¿Cuándo? (Mes, día, año)	¿Dónde? (Nombre de ciudad y estado)
¿Cómo terminó el matrimonio?	¿Cuándo? (Mes, día, año)	¿Dónde? (Nombre de ciudad y estado)
Matrimonio fue oficiado por: <input type="checkbox"/> Clérigo u oficial público <input type="checkbox"/> Otro (explique en «Comentarios»)	Fecha de nacimiento del cónyuge (o edad)	Si el cónyuge falleció, indique la fecha de defunción
Número de Seguro Social del cónyuge (Si «ninguno» o «no lo sabe», indíquelo)		

(b) Provea la información sobre cualquier otro matrimonio que la persona fallecida pudiese tener que haya durado por lo menos 10 años (vea la pregunta 11. (c) para contar matrimonios múltiples y consecutivos de la misma persona) o que terminaron debido al fallecimiento del cónyuge (ya sea antes o después que usted se casó con la persona fallecida). No incluya su matrimonio con usted. **(Si ninguno, escriba «NINGUNO»).**

Nombre del cónyuge (incluya nombre de soltera)	¿Cuándo? (Mes, día, año)	¿Dónde? (Nombre de ciudad y estado)
¿Cómo terminó el matrimonio?	¿Cuándo? (Mes, día, año)	¿Dónde? (Nombre de ciudad y estado)
Matrimonio fue oficiado por: <input type="checkbox"/> Clérigo u oficial público <input type="checkbox"/> Otro (explique en «Comentarios»)	Fecha de nacimiento del cónyuge (o edad)	Si el cónyuge falleció, indique la fecha de defunción
Número de Seguro Social del cónyuge (Si «ninguno» o «no lo sabe», indíquelo)		

Use la Sección de «Comentarios» a continuación si necesita escribir más información. Provea detalles.

Si está solicitando los beneficios como cónyuge divorciado sobreviviente, omita la pregunta 13 y pase a la pregunta 14.

13. (a) ¿Vivían usted y la persona fallecida juntos en la misma dirección cuando falleció?	<input type="checkbox"/> Sí (Si la respuesta es «Sí», conteste la (b).)	<input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es «No», pase a la pregunta 10.)
--	--	--

(b) ¿Si usted o la persona fallecida estaban fuera del hogar (sea o no sea temporalmente) cuando falleció, provea lo siguiente:

¿Quién estuvo fuera del hogar?	<input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Persona fallecida
Razón por la ausencia	
Fecha que estuvo en su hogar por última vez	

Razón por la cual estaban separados al momento del fallecimiento	
Si estaban separados debido a una enfermedad, describa el tipo de enfermedad o incapacidad	

Conteste la pregunta número 14 SOLO si la persona falleció antes del año presente. De lo contrario pase a la pregunta 15.

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

(b) Indique escribiendo una «X» en cada encasillado por cada mes del año pasado en que usted <u>no ganó más de *\$_____ en salarios ni tampoco desempeño servicios sustanciales de trabajo por cuenta propia. Estos meses son meses exentos. Si ninguno de los meses fueron meses exentos, escriba una «X» en «NINGUNO». Si todos los meses fueron meses exentos, escriba una «X» en «TODOS».</u> * Escriba el límite mensual apropiado después de leer las instrucciones, « <u>Cómo sus ganancias afectan sus beneficios</u> ».	NINGUNO		TODOS	
	ENE	FEB	MAR	ABR
	MAY	JUN	JUL	AGO
	SEP	OCT	NOV	DIC

15. (a) ¿Cuánto espera que sea el total de sus ganancias este año? \$

(b) Indique escribiendo una «X» en cada encasillado por CADA MES del año presente en que usted <u>no ganó o no ganará más de *\$_____ en salarios ni tampoco desempeño o no desempeñará servicios sustanciales de trabajo por cuenta propia. Estos meses son meses exentos. Si ninguno de los meses es o serán meses exentos, escriba una «X» en «NINGUNO». Si todos los meses son o serán exentos, escriba una «X» en «TODOS».</u> *Escriba el límite mensual apropiado después de leer las instrucciones, « <u>Cómo sus ganancias afectan sus beneficios</u> ».	NINGUNO		TODOS	
	ENE	FEB	MAR	ABR
	MAY	JUN	JUL	AGO
	SEP	OCT	NOV	DIC

Conteste la pregunta número 16 SOLO si usted está en los últimos 4 meses de su año tributable (septiembre, octubre, noviembre y diciembre, si su año tributable es igual al año natural) Si la respuesta es «No», pase a la pregunta 17.

16. (a) ¿Cuánto espera ganar el próximo año? \$

(b) Indique escribiendo una «X» en cada encasillado por CADA MES del año en que usted <u>no espera ganar más de *\$_____ en salarios, y no espera desempeñar servicios sustanciales de trabajo por cuenta propia. Estos meses serán meses exentos. Si no espera que ningunos de los meses sean exentos, escriba una «X» en «NINGUNO». Si espera que todos los meses sean meses exentos, escriba una «X» en «TODOS».</u> *Escriba el límite mensual apropiado después de leer las instrucciones, « <u>Cómo sus ganancias afectan sus beneficios</u> ».	NINGUNO		TODOS	
	ENE	FEB	MAR	ABR
	MAY	JUN	JUL	AGO
	SEP	OCT	NOV	DIC
Si usted usa un año fiscal, es decir, un año tributable que no termina el 31 de diciembre (con una declaración de impuestos que vence el 15 de abril), indique aquí el mes en que termina su año fiscal.	MES			

17. (a) ¿Tiene usted derecho, o espera tener derecho, a una pensión o anualidad (o un pago global en lugar de una pensión o anualidad) basado en su propio empleo y ganancias del gobierno federal de los EE.UU., o uno de sus estados o subdivisiones locales? (Los beneficios del Seguro Social no son pensiones del gobierno).	<input type="checkbox"/> Sí (Si la respuesta es «Sí», marque el encasillado que aplique de la pregunta (b).)	<input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es «No», pase a la pregunta 18.)
(b) <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 de mi pensión o pago global.	<input type="checkbox"/> No he solicitado, pero espero empezar a recibir mi pensión o anualidad: (Si no sabe la fecha, escriba «No sé».)	
	MES	AÑO

18. Marque si aplica:

- No estoy presentando evidencia de las ganancias de la persona fallecida que aún no están en su registro de ganancias. Entiendo que estas ganancias serán incluidas automáticamente dentro de 24 meses, y cualquier aumento en mis beneficios será pagado en su plenitud de manera retroactiva.

Recibo de su reclamación por beneficios del seguro social de la madre o del padre

Número(s) de teléfono(s) para llamar si tiene una pregunta o algo que informar	Antes de recibir el aviso de aprobación de beneficios	OFICINA DE SSA	Fecha de recibo de la reclamación
	(Código de área)		
	Después de recibir el aviso de aprobación de beneficios		
	(Código de área)		

Su solicitud de beneficios de Seguro Social ha sido recibida y será procesada lo más pronto posible. Mientras tanto, si cambia su dirección, o sucede otro cambio que pueda afectar su reclamo, usted -- o alguien por usted -- debe reportar el cambio. A continuación, se enumeran los cambios que se deben reportar.

Debería de escuchar de nosotros dentro de _____ días luego de proveernos toda la información que solicitamos. Algunas reclamaciones pueden tomar más tiempo si necesita información adicional. Siempre provea su número de reclamación cuando escriba o llame sobre su reclamo.

Si tiene alguna pregunta sobre su reclamación, estaremos encantados de ayudarle.

Nombre del reclamante	Apellido de la persona difunta si es diferente al del reclamante	Número de Seguro Social de la reclamación
-----------------------	--	---

Declaración de la Ley de Confidencialidad

Las Secciones 202, 205, 223, 226 y 806 de la Ley del Seguro Social, según enmendada, autorizan a la Administración del Seguro Social a recopilar la información solicitada en este formulario. Proveernos esta información es totalmente voluntario. Sin embargo, si no provee toda o parte de la información, no podremos hacer una decisión rápida y exacta con respecto a su derecho o el de su dependiente, a los beneficios mensuales de Seguro Social.

Por lo general usaremos la información que nos provee para determinar su derecho a los beneficios del Seguro Social o el derecho a los beneficios de un dependiente. También podremos compartir su información para los siguientes propósitos, llamados usos rutinarios:

1. Para que una agencia federal, estatal o local (o un agente en su nombre) ayude a la Administración del Seguro Social (SSA) en la administración eficiente de los beneficios monetarios o de salud de sus programas (bajo la Ley de Seguro Social). La información divulgada incluye, pero no se limita a la Junta Ferroviaria que administran las estipulaciones de la Ley de Retiro Ferroviaria relacionadas al empleo ferroviario; para la administración de los beneficios por desempleo de la Ley de Seguros de la Junta Ferroviaria y para la administración de las estipulaciones de la Ley del Seguro Social relacionadas a los empleos ferroviarios; y al Departamento de Asuntos de los Veteranos de los EE.UU. para la administración de la sección 38 USC1312, y con previa autorización, para determinar si tiene derecho a, o para verificar a la cantidad de, los beneficios de veterano o verificar otra información al respecto a lo que conforma con la sección 38 USC 5106; y
2. Para los contratistas u otras agencias federales, según sea necesario, con el propósito de ayudar a la Administración del Seguro Social (SSA) en la administración eficiente de sus programas. La información divulgada bajo el uso rutinario se utiliza solamente en aquellas situaciones en las cuales la SSA realiza un acuerdo contractual o similar con una entidad tercera para lograr las funciones de la Agencia referentes al sistema de expedientes.

Además, es posible que compartamos esta información en cumplimiento de la Ley de Privacidad y otras leyes federales. Por ejemplo, si las leyes nos autorizan, es posible que esta información se use en programas de comparación de datos de computadoras, en los cuales nuestros registros son comparados 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 morosas bajo estos programas.

Puede encontrar una lista de usos rutinarios en nuestro aviso de sistema de computadoras titulado «Privacy Act System of Records Notice» (SORN, por sus siglas en inglés) 60-0059, el «Earnings Recording and Self Employment Income System» 60-0089, titulado «Claims Folders Systems» 60-0090, y el sistema titulado «Master Beneficiary Record» 60-0321, titulado «Medicare database». Información adicional acerca de este formulario e información referente a nuestros programas y sistemas, están disponibles en nuestro sitio de Internet <https://www.ssa.gov/privacy/sorn.html> (solo disponible en inglés).

Declaración de la Ley para la 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 usted conteste estas preguntas a menos que mostremos un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto. Calculamos que le tomará 15 minutos leer las instrucciones, reunir los datos y contestar las preguntas. **Por favor sólo envíe o presente comentarios sobre nuestra estimación a la dirección mencionada previamente a: SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD. 21235-6401.**

CAMBIOS QUE DEBEN SER INFORMADOS Y CÓMO INFORMARLOS

Negligencia en informar cualquier cambio puede resultar en sobrepagos que tendrían que ser reembolsados y en posibles multas.

- Usted cambia su dirección residencial o postal para pagos. (Para evitar demoras en el recibo de cheques TAMBIÉN debe de presentar un aviso de cambio de dirección con su oficina postal.)
- Su ciudadanía o estado inmigratorio cambia.
- Usted viaja fuera de los EE. UU. por más DE 30 días consecutivos.
- Si un beneficiario fallece o ya no es capaz de administrar sus propios beneficios.
- Cambios de trabajo - En su solicitud usted nos dijo que espera ganancias totales de \$ _____ para el año _____.

Usted (está) (no está) ganando salarios de más de \$ _____ mensuales.

Usted (está) (no está) trabajando por cuenta propia desempeñando servicios sustanciales en su oficio o negocio.

(Informe de INMEDIATO si estas actividades de trabajo cambian.)

- Cambio en el estado civil - matrimonio, divorcio o anulación del matrimonio. Tiene que informar el cambio, aunque usted piense que una excepción aplica.
- Cambio de custodia o si la incapacidad mejora - Informe si una persona para quien está solicitando, o que está bajo su cuidado: cambia de dirección, se incapacita o el padecimiento mejora, deja de estar bajo su cuidado o custodia, o fallece.
- Usted está confinado en una cárcel, prisión o institución penal, o correccional por una condena de un crimen por más de 30 días consecutivos, o está confinado por más de 30 días consecutivos en una institución pública por una orden judicial en conexión con un crimen.
- Usted tiene un cargo de delito grave sin satisfacer o una orden de arresto por más de 30 días continuos por volar y evitar prosecución, fuga de custodia o escaparse.

- Usted comienza a recibir pagos de jubilación, incapacidad, anualidad del gobierno federal o estatal (incluyendo cualquier subdivisión política asociada) o si la cantidad de su pensión o anualidad cambia.

Empleos y ganancias

Para las personas que solicitan o reciben beneficios reducidos antes de su plena edad de jubilación, la ley requiere que se presente un informe de ganancias con el Seguro Social dentro de 3 meses y 15 días después del final de cualquier año tributable en que usted gane más del límite anual. Puede comunicarse con la Administración del Seguro Social para llenar el informe. De lo contrario, la Administración del Seguro Social, usará las ganancias informadas por sus empleadores y su declaración de impuestos de trabajo por cuenta propia (si aplica) como el informe de ganancias requerido por ley y ajustará los beneficios bajo el límite de ganancias. Es su responsabilidad el asegurar que la información que nos da sobre sus ganancias esté correcta. Debe proveer información adicional según sea necesario, cuando el ajuste de sus beneficios no esté correcto basado en las ganancias en su registro.

Cómo informar los cambios

Puede hacer sus informes por teléfono, correo o en persona, según lo prefiera.

Si los beneficios son aprobados, y uno o más de los cambios antes mencionados ocurren, debe informarlos:

- Visitando nuestra página de internet www.segurosocial.gov en la sección titulada «Servicios por internet»
- Llamando gratis al 1-800-772-1213; o
- Si es sordo o tiene problemas auditivos, llamándonos gratis al número TTY 1-800-325-0778; o
- Llamando, visitando o escribiendo a su oficina local de Seguro Social al teléfono y dirección mencionada en su recibo de reclamación.

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