

SOLICITUD DEL PAGO GLOBAL POR DEFUNCIÓN*

Yo solicito todos los beneficios de seguro a los cuales tengo derecho bajo el Título II (Seguro Federal de Jubilación, Sobrevivientes e Incapacidad) de la Ley del Seguro Social, según actualmente enmendada, bajo el registro de ganancias de la persona fallecida.

(Esta solicitud tiene que ser presentada a no más tardar de 2 años después de la fecha de defunción del trabajador asalariado o trabajador por cuenta propia.)

*Ésta también puede considerarse una solicitud para beneficios de sobrevivientes según la Ley de Retiro Ferroviario

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) Marque con una «X» para 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	
3.	Escriba la fecha de nacimiento de la persona fallecida. (Mes, día, año)		
4.	(a) Escriba la fecha de defunción. (Mes, día, año)		
	(b) Escriba el lugar de defunción. (Ciudad y estado)		
5.	(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 de hospital o médico bajo Medicare?	<input type="checkbox"/> Sí (Si respondió «Sí», conteste la (b) y la (c).)	<input type="checkbox"/> No (Si respondió «No» o «Se desconoce» continúe a la pregunta 6.)
	(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, escriba, «Se desconoce».)	_ _ _ _ / _ _ / _ _ _ _	
6.	CONTESTE LA PREGUNTA 6 SOLO SI LA PERSONA FALLECIDA TRABAJÓ DURANTE LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS.		
	(a) ¿Como cuánto devengó la persona fallecida entre empleos y trabajo por cuenta propia durante el año en que falleció?	CANTIDAD \$	
	(b) ¿Como cuánto devengó la persona fallecida el año antes de su fallecimiento?	CANTIDAD \$	
7.	CONTESTE LA PREGUNTA 7 SOLO SI LA PERSONA FENECIDA FALLECIÓ ANTES DE LOS 66 AÑOS DE EDAD Y EN LOS ÚLTIMOS 4 MESES.		
	(a) ¿Estuvo la persona fallecida incapacitada para trabajar debido a enfermedades, lesiones o padecimientos en el momento en que feneció?	<input type="checkbox"/> Sí (Si respondió «Sí», conteste la (b).)	<input type="checkbox"/> No (Si respondió «No», continúe a la pregunta 8.)
	(b) Escriba la fecha en que la persona fallecida se incapacitó para trabajar. (Mes, día, año)		
8.	(a) ¿Estuvo la persona fallecida en el servicio militar o de la marina (incluyendo el servicio activo en la Guardia Nacional o Reserva o servicio activo de adiestramiento) después del 7 de septiembre del 1939 y antes del 1968?	<input type="checkbox"/> Sí (Si respondió «Sí», conteste la (b) y la (c).)	<input type="checkbox"/> No (Si respondió «No», continúe a la pregunta 9.)
	(b) Escriba las fechas de servicio.	Desde: (Mes, año)	Hasta: (Mes, año)
	(c) ¿Ha recibido alguien (incluso la persona fallecida) o espera alguien recibir un beneficio de alguna otra agencia federal?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
9.	¿Trabajó la persona fallecida en la industria ferroviaria por más de 7 años?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

10.	(a) ¿Trabajó la persona fallecida bajo el sistema de seguro social de algún otro país, además de los Estados Unidos?	<input type="checkbox"/> Sí (Si respondió «Sí», conteste la (b).)	<input type="checkbox"/> No (Si respondió «No», continúe a la pregunta 11.)
(b) Si respondió «Sí», escriba el(los) nombre(s) del país (o de los países).			
11.	¿Existe un cónyuge o ex cónyuge que sobrevive a la persona fallecida? (Si respondió «No», continúe a la pregunta 12. Si respondió «Sí», escriba la información que se solicita a seguir sobre todos los matrimonios del fallecido, incluso el matrimonio vigente en el momento de su defunción.) (Si necesita más espacio use la sección de «Comentarios» al dorso o incluya una hoja de papel por separado.)		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del cónyuge (incluso, el apellido de soltera)		Cuándo (Mes, día, año)	Dónde (Nombre de la ciudad y del estado)
Último matrimonio de la persona fallecida	Cómo terminó el matrimonio		Cuándo (Mes, día, y año)
	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)	Dónde (Nombre de la ciudad y del estado)
	Si el cónyuge falleció, indique la fecha de defunción		
Número de Seguro Social del cónyuge (Si se desconoce, escriba «Se desconoce».) _____ / _____ / _____			
Nombre del cónyuge (incluso, el apellido de soltera)		Cuándo (Mes, día, año)	Dónde (Nombre de la ciudad y del estado)
Matrimonio anterior de la persona fallecida. Si no aplica, escriba «Ninguno».	Cómo terminó el matrimonio		Cuándo (Mes, día, y año)
	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)	Dónde (Nombre de la ciudad y del estado)
	Si el cónyuge falleció, indique la fecha de defunción		
Número de Seguro Social del cónyuge (Si se desconoce, escriba «Se desconoce».) _____ / _____ / _____			
12.	Los niños de la persona fallecida (incluyendo los hijos biológicos, niños adoptados e hijastros) o nietos dependientes (inclusive los nietastros) pueden tener derecho a recibir los beneficios bajo el registro de ganancias del fallecido.		
Escriba el nombre de TODOS los niños SOLTEROS en los últimos 12 meses, y:			
<ul style="list-style-type: none"> • Menores de 18 años de edad; • Entre los 18 y 19 años de edad que todavía están asistiendo a la escuela secundaria; o • INCAPACITADOS O IMPEDIDOS (mayores de 18 años y que su incapacidad comenzó antes de cumplir los 22 años de edad). (Si no hay niños en estas categorías, escriba «NINGUNO».)			
Nombre completo del niño		Nombre completo del niño	
13.	¿Existe un padre (o padres) sobreviviente que estaba recibiendo apoyo económico de la persona fallecida ya sea cuando la persona fallecida se incapacitó de acuerdo la Ley del Seguro Social o al momento de su muerte?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
(Si respondió «Sí», escriba el nombre y la dirección de los padres en «Comentarios».)			
14.	¿Ha solicitado usted algún tipo de beneficio de Seguro Social bajo el registro de ganancias de la persona fallecida?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
NOTA ACLARATORIA: Si hay un cónyuge sobreviviente continúe con la pregunta 15. De lo contrario, salte las preguntas del 15 al 18.			
15.	Si usted, no es el cónyuge sobreviviente, escriba a continuación el nombre y la dirección del cónyuge sobreviviente.		
16.	(a) ¿Estaban viviendo juntos la persona fallecida y el cónyuge sobreviviente en la misma dirección al momento de la defunción?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
(Si respondió «Sí», continúe a la pregunta 17.) (Si respondió «No», continúe a la (b).)			
(b) Si la persona fallecida o su cónyuge estaba ausente (sea o no sea temporalmente) del hogar al momento del fallecimiento, provea la siguiente información:			
¿Quién estaba ausente? <input type="checkbox"/> La persona fallecida <input type="checkbox"/> El cónyuge sobreviviente			
Fecha de la última vez que la persona ausente estuvo en el hogar	Razón por la cual empezó la ausencia	Razón por la cual estaban separados en la fecha de la muerte	
Si estaban separados debido a una enfermedad, escriba aquí el nombre de la enfermedad o padecimiento.			

Si usted es el cónyuge sobreviviente y es menor de 66 años de edad, conteste la pregunta 17.


17.	(a) ¿Es su incapacidad tan pronunciada que no puede trabajar o estuvo tan incapacitado en algún momento durante los últimos 14 meses que no podía trabajar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	(b) Si respondió «Sí», escriba la fecha en que se incapacitó.	<i>(Mes, día, año)</i>

Conteste la pregunta 18 SOLO si usted es el cónyuge sobreviviente.

18.	¿Estuvo usted casado(a) anteriormente? (Si respondió «Sí», escriba la información que se solicita de sus matrimonios anteriores. Si necesita más espacio escriba la información en la sección de «Comentarios» o incluya una hoja de papel por separado.)		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Nombre del cónyuge (incluso, el apellido de soltera)	¿Cuándo? (Mes, día, y año)	¿Dónde? (Nombre de la ciudad y del estado)
	Cómo terminó el matrimonio	¿Cuándo? (Mes, día, y año)	¿Dónde? (Nombre de la ciudad y del estado)
Su matrimonio anterior	El matrimonio fue oficiado por:		Si el cónyuge falleció, indique la fecha
	<input type="checkbox"/> Clérigo u oficial público <input type="checkbox"/> Otro (Explíquelo en «Comentarios»)		
	Número de Seguro Social del cónyuge (Si se desconoce, escriba «Se desconoce».)		_ _ _ _ / _ _ / _ _ _ _

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

Yo declaro bajo pena de perjurio que he examinado toda la información en este formulario y en cualquier documento o declaración adjunta, y que la misma está correcta según mi mejor entendimiento.

FIRMA DEL SOLICITANTE	Fecha (Mes, día, año)
Firma (Nombre, inicial, apellido) (Escriba en tinta)	Número(s) de teléfono(s) diurno en (los) que nos podamos comunicar con usted
	

Dirección postal del solicitante (Número y calle, núm. de apartamento, Apdo. postal, o ruta rural)

Ciudad y estado	Zona postal	País (si procede) donde reside actualmente
-----------------	-------------	--

Se requieren testigos SOLO si esta solicitud ha sido firmada con una (X). Si fue firmada con una (X), dos testigos de la firma que conocen al solicitante deben firmar a continuación, dando sus direcciones completas.

1. Firma del testigo	2. Firma del testigo
Dirección (Número y calle, ciudad, estado y zona postal)	Dirección (Número y calle, ciudad, estado y zona postal)

RECIBO DE SU RECLAMACIÓN PARA RECIBIR EL PAGO GLOBAL POR DEFUNCIÓN

NÚMERO DE TELÉFONO PARA LLAMAR SI TIENE PREGUNTAS O ALGO QUE INFORMAR	OFICINA DEL SEGURO SOCIAL	FECHA DE RECIBO DE SU RECLAMACIÓN
NÚMERO DE TELÉFONO		

RECIBO DE SU RECLAMACIÓN

Su solicitud para el pago global por defunción ha sido recibida y será procesada lo más pronto posible.

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.

Mientras tanto, si cambia su dirección postal, debe informar el cambio.

Siempre nos debe proveer su número de reclamación cuando escriba o llame sobre su reclamación.

Con mucho gusto le ayudaremos si tiene preguntas sobre su reclamación.

RECLAMANTE	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DE LA RECLAMACIÓN

NOMBRE DE LA PERSONA FALLECIDA (Si es diferente al de la persona que presenta la reclamación.)

Declaración de la Ley de Confidencialidad Recolección y uso de información personal

La sección 202(i) de la Ley del Seguro Social, según enmendada, nos autoriza a recopilar la información solicitada en este formulario. Usaremos la información que presente para determinar si tiene derecho al pago global por defunción y para ayudarnos a decidir si necesitamos información adicional.

El contestar las preguntas en este formulario es voluntario. Sin embargo, de no presentar parte o toda la información que se solicita, posiblemente impida el que tomemos una decisión exacta y oportuna en cualquier reclamación presentada o podría resultar en la pérdida de beneficios.

Muy infrecuentemente usamos la información provista en este formulario para algún otro propósito que no sea el determinar su derecho al pago global por defunción y para autorizar los pagos al cónyuge sobreviviente o a los niños de la persona fallecida. No obstante, es posible que la usemos para la administración e integridad de los programas del Seguro Social. También es posible que divulguemos esta información a alguna otra persona o agencia de acuerdo con los usos rutinarios aprobados, los cuales incluyen, pero no están limitadas a:

1. El facilitar que un tercer partido o agencia a que ayuden al Seguro Social en establecer si tiene derecho a los beneficios o la cobertura de Seguro Social;
2. Para cumplir con las leyes federales que requieren la divulgación de la información contenida en los registro del Seguro Social (por ejemplo, a la Oficina de Contabilidad del Gobierno y al Departamento de Asuntos de Veteranos);
3. Para determinar si tiene derecho a programas similares de salud y mantenimiento de ingresos a nivel federal, estatal y municipal; y
4. Para facilitar investigaciones de estadísticas, auditorias o investigaciones necesarias para asegurar la integridad y la mejoría de los programas administrados por el Seguro Social (por ejemplo, ayudar a la Agencia del Censo y empresas privadas bajo contrato con el Seguro Social).

También podemos utilizar la información que provee para cotejar registros por computadora. Estos programas comparan nuestros registros con los de otras agencias gubernamentales federales, estatales o municipales. La información de estos programas de cotejo se puede utilizar para establecer o verificar el derecho de una persona a los programas de beneficios administrados o financiados por el gobierno federal y para reembolso de pagos o el cobro de deudas delincuentes bajo estos programas.

Explicaciones acerca de estas y otras razones de por qué la información que nos presente puede ser utilizada o divulgada están disponibles en el Sistema de registro de avisos (Systems of Record Notice) 60-0089 (Claims Folders Systems). Información adicional correspondiente a este sistema y a nuestros programas están a su disposición por Internet en www.segurosocial.gov o su oficina local del Seguro Social.

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites - La recopilación de esta información cumple con los requisitos pautados por 44 U.S.C. § 3507, según enmendado por la sección 2 de La Ley de Reducción de Trámites del 1995. No se le requiere contestar ninguna de estas preguntas a menos que mostremos un número de control válido expedido por la Oficina de Gerencia y Presupuesto. Calculamos que le tomará como aproximadamente 10 minutos para leer las instrucciones, recopilar la información necesaria y contestar las preguntas. ***Solo envíe los comentarios relacionados con nuestro cálculo de tiempo que le tomaría en llenar el formulario a: SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD 21235-6401.***