

Petición De Revisión De La Decisión/Orden Emitida En Una Audiencia De Apelación

(No use este formulario para protestar una decisión recomendada por un juez de derecho administrativo [ALJ, por sus siglas en inglés]).

(Envíe por correo el formulario original firmado al Consejo de Apelaciones a la dirección que se muestra más abajo, o lleve o envíe por correo el original firmado a su oficina local del Seguro Social, a la Oficina Regional del Departamento de Asuntos de Veteranos de los EE. UU. en Manila o a cualquier Puesto del Servicio Exterior de EE. UU. y mantenga una copia para sus registros).

**Vea el
Aviso de
la Ley de
Confiden
cialidad**

1. Nombre del reclamante

2. Número de Seguro Social del reclamante

3. Número de Seguro Social del reclamante

4. Solicito que el Consejo de Apelaciones revise la acción tomada por el juez de derecho administrativo en la reclamación enumerada anteriormente porque:

Por favor concédame una extensión de tiempo para presentar evidencia o argumento.

EVIDENCIA ADICIONAL

Si tiene pruebas adicionales que se relacionan con el período anterior a la fecha de la decisión de la audiencia, debe informar al Consejo de Apelaciones al respecto o presentarlas. Si tiene un representante, entonces su representante debe ayudarlo a obtener la evidencia a menos que la evidencia se incluya en una excepción. También puede presentar cualquier otra evidencia adicional al Consejo de Apelaciones. Si necesita tiempo adicional para presentar pruebas o argumentos legales, debe solicitar una extensión al mismo tiempo que presenta esta petición. Esto asegurará que el Consejo de Apelaciones tenga la oportunidad de considerar la evidencia adicional antes de tomar su acción. Si no presenta pruebas ni argumentos legales al mismo tiempo que presenta esta petición o dentro de cualquier prórroga de tiempo que el Consejo de Apelaciones le conceda, el Consejo de Apelaciones tomará medidas basadas en las pruebas que se encuentran actualmente en su expediente.

IMPORTANTE: Escriba su número de Seguro Social en toda correspondencia o documentos que nos envíe. Si recibió un código de barras de parte de nosotros, el código de barras debe acompañar este documento y cualquier otra correspondencia que nos envíe.

FIRMAS: Debe completar el encasillado número 5 y su representante (si tiene alguno) debe completar el encasillado número 6. Si está representado y su representante no está disponible para completar este formulario, usted también debe escribir su nombre, dirección y toda la otra información que se solicita en el encasillado número 6.

Yo declaro bajo pena de perjurio que he examinado toda la información en este formulario y en toda la correspondencia y documentos adheridos, y que la información es correcta y verdadera de acuerdo a mi mejor entender.

5. Firma del reclamante	Fecha	6. Firma del representante	Fecha
Nombre en letra de molde		Nombre en letra de molde <input type="checkbox"/> Abogado <input type="checkbox"/> No-Abogado	
Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal
Número de teléfono	Número de fax	Número de teléfono	Número de fax

**EL PERSONAL DE LA ADMINISTRACIÓN DEL SEGURO SOCIAL
LLENARÁ ESTA PARTE**

7. Request received for the Social Security Administration on _____
(Date)

by: _____
(Print Name) (Title)

(Address) (Servicing FO Code) (PC Code)

8. Is the request for review received within 65 days of the Judge's Decision/Dismissal? Yes No

9. If "No" (1) attach claimant's explanation for delay; and
checked: (2) attach copy of appointment notice, letter or other pertinent material or
information in the Social Security Office.

10. Check one:
 Initial Entitlement
 Termination or other

Council SSI Blind (SSIB)
Office of Appellate Operations, SSA
5107 Leesburg Pike
Falls Church, VA 22041-3255

Lleve o envíe el original al Seguro Social y mantenga una copia para sus registros

11. Check all claim types that apply:

<input type="checkbox"/> Retirement or survivors (RSI)	<input type="checkbox"/> SSI Disability (SSID)
<input type="checkbox"/> Disability - Worker (DIWC)	<input type="checkbox"/> Title VIII Only (SVB)
<input type="checkbox"/> Disability - Widow(er) (DIWW)	<input type="checkbox"/> Title VIII/Title XVI (SVB/SSI)
<input type="checkbox"/> Disability - Child (DIWC)	<input type="checkbox"/> Other - Specify: _____
<input type="checkbox"/> SSI Aged (SSIA)	
<input type="checkbox"/> SSI Blind (SSIB)	

Ley de Confidencialidad

Petición de revisión de la decisión/orden emitida en una audiencia de apelación

Las secciones 205(a), 702, 1631(e), y 1869(b) y (c) de la Ley del Seguro Social, según enmendada, nos autoriza a recopilar esta información. Usaremos la información que nos provea para completar nuestro proceso de reclamaciones.

La información que nos provea es voluntaria. Sin embargo, el no proveer toda o parte de la información que pedimos puede impedir continuar el proceso de su reclamación.

Nosotros raramente usamos la información que nos provea para cualquier otro propósito que no sea completar nuestro proceso de reclamaciones. Sin embargo, podemos usar la información para la administración de nuestros programas, incluido el intercambio de información:

1. Para cumplir con las leyes federales que requieren la divulgación de información de nuestros registros (p. ej., a la Oficina de Responsabilidad del Gobierno y al Departamento de Asuntos de Veteranos de los EE. UU.); y,
2. Para facilitar la investigación estadística, auditoría o actividades de investigación necesarias para garantizar la integridad y la mejora de nuestros programas (p. ej., a la Oficina del Censo y a las entidades privadas que tienen contrato con nosotros).

Una lista completa de cuándo podemos compartir su información con otros, llamados usos de rutina, está disponible en nuestro «*Privacy Act System of Records Notices*» (Sistema de Registros de Avisos de la Ley de Confidencialidad) 60-0005, titulado «*Administrative Law Judge Working Files*» (Archivos de Trabajo del Juez de Derecho Administrativo) y 60-0089, titulado «*Claims Folder*» (Registro de Reclamos). Información adicional sobre estos y otros avisos del sistema de registros y nuestros programas está disponible en nuestro sitio de Internet en www.segurosocial.gov o en su oficina local del Seguro Social.

Podemos compartir la información que provea con otras agencias de salud a través de programas de cotejo por computadora. Los programas de cotejo comparan nuestros registros con los registros que mantienen otras agencias gubernamentales federales, estatales o municipales. Usamos la información de estos programas para establecer o verificar el derecho de una persona para programas de beneficios administrados o financiados por el gobierno federal y para el reembolso de pagos incorrectos o deudas delincuentes bajo estos programas.

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites

Esta recopilación de información cumple con los requisitos estipulados por 44 U.S.C. § 3507, según enmendado por la sección 2 de la *Ley de Reducción de Trámites de 1995*. No es requisito que conteste estas preguntas a menos que mostremos un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). Calculamos que le tomará alrededor de 10 minutos leer las instrucciones, reunir los datos y contestar las preguntas. **ENVÍE O LLEVE EL FORMULARIO LLENO A SU OFICINA LOCAL DE SEGURO SOCIAL.** Puede encontrar su oficina local de Seguro Social a través del sitio de internet del Seguro Social en www.segurosocial.gov. Las oficinas también se enumeran bajo las agencias gubernamentales de EE. UU. en su directorio telefónico o puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213 y oprima 7 para español (TTY 1-800-325-0778). **Envíe solo comentarios relacionados a nuestra estimación de tiempo a esta dirección, no el formulario lleno.**