

**AVISO SOBRE LA SUBSTITUCIÓN DE LA PARTE INTERESADA  
TRAS EL FALLECIMIENTO DEL RECLAMANTE**

**OFICINA DE ADJUDICACIÓN Y REVISIÓN DE RECLAMACIONES**

**Nota aclaratoria:** Por favor lea las declaraciones de la **Ley de Confidencialidad /Ley de reducción de trámites** al dorso de esta página y las declaraciones a seguir. Luego, escriba sus respuestas en letra de molde o usando una máquina de escribir. Si necesita espacio adicional, adjunte una página aparte a este formulario.

Nombre del reclamante fallecido	Reclamación para beneficios por
Nombre del trabajador <i>(Si es el reclamante fallecido, no conteste)</i>	Número de Seguro Social

Se me ha sido informado que el reclamante fallecido solicitó una audiencia, pero falleció antes de completar la dicha acción. Entiendo que se desestimaré la petición para una audiencia a menos que una persona con derecho a los beneficios sustituya al reclamante fallecido. Mi parentesco al reclamante fallecido es:

- Viuda(o)
- Cónyuge divorciado(a) sobreviviente
- Si marcó uno de los encasillados de arriba y tiene a su cuidado al niño (a los niños) del reclamante fallecido quien(es) es(son) menor(es) de 16 años de edad o está(n) incapacitado (s), marque aquí
- Niño(a)
- Niño(a) incapacitado(a)
- Padre o madre del reclamante fallecido
- Administrador/Testamentario de los bienes
- Otro (explique) \_\_\_\_\_

**Marque *solo* el 1. o el 2.**

1.  Deseo que me hagan el sustituto y proseguir con la audiencia solicitada por el reclamante fallecido.  
 Marque *solo* la a. o la b.  
 a.  Deseo estar presente en la audiencia.  
 b.  No deseo estar presente en la audiencia, y solicito que se emita un fallo sin audiencia.
2.  No deseo proseguir con la audiencia solicitada por el reclamante fallecido y solicito que se desestime la audiencia.

Firma (nombre, inicial, apellido)	Fecha (mes, día, año)
Escriba su nombre completo en letra de molde o con máquina	Número de teléfono, incluya el código de área
Dirección postal (número de casa o edificio, nombre de la calle, apartado postal o ruta rural)	
Ciudad, estado, zona postal	

## **Declaración de la Ley de Confidencialidad Recopilación y uso de información personal**

Las Secciones 205(a), 702, 1631(e)(1)(A) y (B) y 1869(b)(1) y (c), de la Ley del Seguro Social, según enmendada, nos autoriza a recopilar la información que se solicita en este formulario. La información que nos presente se utilizará para tomar una decisión en esta reclamación. No es obligatorio proveer la información. Sin embargo, si no nos proporciona la información que solicitamos podría causar que no podamos tomar una decisión correcta y a tiempo en la reclamación de beneficios que se presente o podría causar que la pérdida de beneficios.

Muy infrecuentemente usamos la información provista en este formulario para algún otro propósito que no sea para determinar el derecho a recibir los beneficios de Seguro Social. No obstante, es posible que divulguemos la información provista en este formulario de acuerdo con los usos rutinarios aprobados bajo las cláusulas de la Ley de Confidencialidad (5 U.S.C. § 552a(b)), que incluye, pero no está limitada a lo siguiente:

1. Permitir que un tercero o una agencia ayude al Seguro Social a establecer los derechos a beneficios de Seguro Social y/o su cobertura;
2. Determinar el derecho a programas similares de mantenimiento de salud y de ingresos al nivel federal, estatal y municipal;
3. Cumplir con los requisitos de las leyes federales que requieren la divulgación de información de los registros del Seguro Social; y
4. Facilitar investigaciones estadísticas, auditorias o actividades investigativas necesarias para asegurar la integridad de los programas del Seguro Social.

Es posible que también utilicemos la información que provee para cotejar los registros por computadora. Los programas de cotejo comparan nuestros registros con los de otras agencias gubernamentales federales, estatales o locales. La información de estos programas de cotejo se puede utilizar para establecer o verificar el derecho de una persona a participar en programas de beneficios administrados o financiados por el gobierno federal y para el cobro de deudas delincuentes bajo estos programas.

La lista en su totalidad sobre lo que llamamos usos rutinarios, está disponible en nuestro Sistema de Registro de Avisos (System of Records Notice) 60-0089, titulado, «Claims Folders System». Información adicional referente a estos sistemas y otros programas y sistemas están a su disposición en nuestro sitio de Internet, [www.segurosocial.gov](http://www.segurosocial.gov) o en su oficina local del Seguro Social. Esta información y sistemas solo están disponible en inglés.

**Declaración de la Ley de Reducción de Trámites** – La recopilación de esta información reúne los requisitos estipulados 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 cerca de 5 minutos para leer las instrucciones, recopilar la información necesaria y contestar las preguntas. **UNA LLENE EL ESTE FORMULARIO, ENVÍELO POR CORREO A SU OFICINA LOCAL DEL SEGURO SOCIAL O PRÉSENTELO EN PERSONA.** La dirección de su oficina local del Seguro Social está a su disposición en nuestro sitio de Internet, [www.segurosocia.gov](http://www.segurosocia.gov). Las oficinas del Seguro Social también se encuentran en su directorio telefónico bajo la categoría de Oficinas del Gobierno de los EE. UU. (U.S. Government agencies) o puede llamar directamente al Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778). *Puede enviar sus comentarios relacionados con nuestro cálculo de tiempo, antes mencionado a la siguiente dirección: SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD 21235-6401. Envíe a esta dirección solo comentarios relacionados con nuestro cálculo del tiempo que le tomaría en llenar el formulario, no el formulario como tal*