

SOLICITUD PARA BENEFICIOS DE SEGURO POR JUBLIACIÓN
(Application for Retirement Insurance Benefits)

(No escriba en este espacio)

Yo solicito todos los beneficios de seguro a los cuales tengo derecho bajo el Título II (Seguro Federal de Jubilación, Sobrevivientes e Incapacidad) y la Parte A del Título XVIII (Seguro de salud para las personas de la tercera edad e incapacitadas) de la Ley del Seguro Social, actualmente enmendada.

Suplemento. Si ya ha completado una solicitud titulada «SOLICITUD PARA BENEFICIOS DE SEGURO COMO Cónyuge», solo debe contestar las preguntas con un círculo alrededor. Todos los otros reclamantes deben llenar esta solicitud en su totalidad.

1.	(a) Escriba su nombre en LETRA DE MOLDE	NOMBRE, INICIAL, APELLIDO	
	(b) Indique su género con una (X)	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino
2.	Escriba su número de Seguro Social		

Conteste la pregunta número 3 si el inglés no es su idioma de preferencia.
De lo contrario, continúe a la pregunta número 4.

3.	Escriba el idioma que prefiere: Al hablar _____ Al escribir _____		
4.	(a) Escriba su fecha de nacimiento	Mes, Día, Año	
	(b) Escriba el nombre de la ciudad y estado, o país extranjero donde nació.		
	(c) ¿Existe un registro público de su nacimiento inscribiéndolo antes de que cumpliera los 5 años?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
	(d) ¿Existe un registro religioso de su nacimiento inscribiéndolo antes de que cumpliera los 5 años?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
5.	(a) ¿Es ciudadano de los EE.UU.?	<input type="checkbox"/> Sí <i>(Continúe a la pregunta 7.)</i>	<input type="checkbox"/> No <i>(Continúe a la pregunta (b).)</i>
	(b) ¿Es un extranjero legalmente presente en los EE.UU.?	<input type="checkbox"/> Sí <i>(Continúe a la pregunta (c).)</i>	<input type="checkbox"/> No <i>(Continúe a la pregunta 6.)</i>
	(c) ¿Cuál es su fecha de admisión a los EE.UU.?		
6.	Escriba su nombre completo de nacimiento si es diferente a la pregunta 1(a)	NOMBRE, INICIAL, APELLIDO	
7.	(a) ¿Ha usado otros nombres?	<input type="checkbox"/> Sí <i>(Continúe a la pregunta (b).)</i>	<input type="checkbox"/> No <i>(Continúe a la pregunta 8.)</i>
	(b) Otros nombres que ha usado		
8.	(a) ¿Ha usado otros números de Seguro Social?	<input type="checkbox"/> Sí <i>(Continúe a la pregunta (b).)</i>	<input type="checkbox"/> No <i>(Continúe a la pregunta 9.)</i>
	(b) Escriba los otros números de Seguro Social que ha usado.		

**No conteste la pregunta 9 si ha pasado un año después de haber cumplido su plena edad de jubilación;
continúe a la pregunta 10.**

9.	(a) ¿Está incapacitado o ha estado incapacitado durante los últimos 14 meses para trabajar debido a sus enfermedades, lesiones o padecimientos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
	(b) Si la respuesta es «Sí», escriba la fecha cuando ya no fue capaz de trabajar.	MES, DÍA, AÑO		
10.	(a) ¿Ha presentado usted (o alguien a su nombre) una solicitud para recibir los beneficios de Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario, o seguro de hospital o médico bajo Medicare?	<input type="checkbox"/> Sí <i>(If "Yes," answer (b) and (c).)</i>	<input type="checkbox"/> No <i>(If "No," go to item 11.)</i>	<input type="checkbox"/> No sé <i>(If "Unknown," go to item 11.)</i>
	(b) Escriba el nombre de la(s) persona(s) bajo cuyo registro de Seguro Social presentó la otra solicitud.	Nombre, inicial, apellido		
	(c) Escriba el número de Seguro Social de la persona nombrada en (b). (Si lo desconoce, indíquelo.)			
11.	(a) ¿Estuvo usted en el servicio activo militar o naval (incluso el servicio activo en la Guardia Nacional o de Reserva o servicio activo para adiestramiento) después del 7 de septiembre de 1939 y antes de 1968?	<input type="checkbox"/> Sí <i>(Continúe a las preguntas (b) y (c))</i>	<input type="checkbox"/> No <i>(Continúe a la pregunta 12.)</i>	
	(b) Escriba la(s) fecha(s) de servicio	Mes, Año Desde:	Mes, Año Hasta:	
	(c) ¿Ha tenido alguna vez (o tendrá) derecho a beneficios mensuales de parte del servicio militar o de una agencia federal civil? (Incluso los beneficios de la Administración de Veteranos, <u>sólo</u> si renunció al pago por jubilación militar.)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
12.	¿Ha trabajado usted o su cónyuge (o su ex cónyuge) en la industria ferroviaria por más de 5 años?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
13.	(a) ¿Tiene usted (o su cónyuge) créditos de Seguro Social (por ejemplo en base a su trabajo o residencia) bajo el sistema de Seguro Social de otro país?	<input type="checkbox"/> Sí <i>(Continúe a las preguntas (b) y (c))</i>	<input type="checkbox"/> No <i>(Continúe a la pregunta 14)</i>	
	(b) Indique el país o países:			
	(c) ¿Está solicitando usted (o su cónyuge) una los beneficios de Seguro Social de otro país?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	

**Conteste la pregunta 14 sólo si nació después del 2 de enero de 1924.
De lo contrario continúe a la pregunta 15.**

14.	(a) ¿Tiene usted, o espera tener derecho, a una pensión o anualidad basada en un empleo después del 1956 por la que no pagó impuestos de Seguro Social?	<input type="checkbox"/> Sí <i>(Continúe a las preguntas (b) y (c).)</i>	<input type="checkbox"/> No <i>(Continúe a la pregunta 15.)</i>
	(b) Comenzaré a recibir los beneficios o espero comenzar a recibir los beneficios a partir de	MES	AÑO
	(c) Adquirí el derecho o espero adquirir el derecho a partir de	MES	AÑO

Acepto notificar de inmediato a la Administración del Seguro Social si tengo derecho a una pensión, anualidad o pago global basado en mi empleo no cubierto por el Seguro Social, o si tal pensión o anualidad termina.

15.	¿Ha estado casado?	<input type="checkbox"/> Sí (Continúe a la pregunta 16.)	<input type="checkbox"/> No (Continúe a la pregunta 17.)
16.	(a) Supla la siguiente información sobre su matrimonio actual. Si no está casado actualmente, escriba «Ninguno» y continúe a la pregunta 17.		
	Nombre del cónyuge (incluso su nombre de soltera)	Cuándo (Mes, día, año)	Dónde (Ciudad y estado)
	Cómo terminó el matrimonio (Si no ha terminado, escriba «No ha terminado»)	Cuándo (Mes, día, año)	Dónde (Ciudad y estado)
	El 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 lo desconoce, indíquelo)			
(b) Supla la siguiente información sobre cada uno de sus matrimonios anteriores si usted:			
<ul style="list-style-type: none"> • Tuvo un matrimonio que duró por lo menos 10 años; o • Tuvo un matrimonio que terminó debido al fallecimiento de su cónyuge, independientemente de cuánto tiempo estuvo casado; o • Se divorció y se volvió a casar con la misma persona al año siguiente del divorcio y el período total combinado del matrimonio fue de más de 10 años. 			
Use la sección de «Comentarios» para suplir más información acerca del matrimonio. Si no aplica, escriba «Ninguno» y continúe a la pregunta 16 (c) si tiene niños menores de 16 años de edad o incapacitados (mayores de 16 años de edad y la incapacidad comenzó antes de los 22 años de edad); y se divorció del otro padre/madre del niño, quien actualmente está fallecido(a), y el matrimonio duró menos de 10 años.			
	Nombre del cónyuge (incluso su nombre de soltera)	Cuándo (Mes, día, año)	Dónde (Ciudad y estado)
	Cómo terminó el matrimonio	Cuándo (Mes, día, año)	Dónde (Ciudad y estado)
	El 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 lo desconoce, indíquelo)			
(c) Ingrese información sobre cualquier otro matrimonio si usted:			
<ul style="list-style-type: none"> • Tiene niños menores de 16 años de edad o incapacitados (mayores de 16 años de edad y la incapacidad comenzó antes de los 22 años de edad); y • Estuvo casado por menos de 10 años con el padre/madre del niño, quien actualmente está fallecido(a), y • El matrimonio terminó en divorcio; Si no aplica, escriba «Ninguno». 			
	Nombre del cónyuge	Cuándo (Mes, día, año)	Dónde (Ciudad y estado)
	Cómo terminó el matrimonio	Cuándo (Mes, día, año)	Dónde (Ciudad y estado)
	El 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 lo desconoce, indíquelo):			

Use la sección de «Comentarios» en la página 6 para la continuación o explicación del matrimonio.

Si su reclamación de beneficios por jubilación es aprobada es posible que sus niños (hijos adoptivos e hijastros) o nietos dependientes (incluso nietastros) tengan derecho a los beneficios basados en el registro de ganancias de usted.

17.	<p>Enumere a continuación el NOMBRE COMPLETO DE TODOS sus niños (biológicos, adoptivos e hijastros) o nietos dependientes (incluso nietastros) que están o han estado SOLTEROS en los últimos 6 meses y:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Son menores de 18 años; • Tiene entre los 18 y 19 años de edad y están asistiendo a una escuela primaria o secundaria a tiempo completo; o • Están incapacitados (mayores de 18 años cuya incapacidad comenzó antes de los 22 años de edad). <p>Incluya también cualquier estudiante que tiene de 18 a 23 años si tal estudiante tenía ambos: 1. Derecho a beneficios de Seguro Social anteriormente bajo cualquier registro de Seguro Social para agosto de 1981; y 2. Asiste a una escuela postsecundaria a tiempo completo.</p> <p style="text-align: center;">(SI NO HAY TALES NIÑOS, ESCRIBA «NINGUNO» Y CONTINÚE A LA PREGUNTA 18.)</p>			
18.	<p>(a) ¿Tenía usted salarios o ingreso de trabajo por cuenta propia por los que pago impuesto de Seguro Social en todos los años desde 1978 hasta el año pasado?</p>		<input type="checkbox"/> Sí (Continúe a la pregunta 19.)	<input type="checkbox"/> No (Continúe a la pregunta (b).)
	<p>(b) Indique los años desde 1978 hasta el año pasado en tenía salarios o ingreso de trabajo por cuenta propia por los que no pago impuesto de Seguro Social.</p>			
19.	<p>Indique a continuación los nombres y direcciones de todas las personas, empresas o agencias gubernamentales para las cuales usted ha trabajado este año, el año pasado y el año antepasado. SI NINGUNA, ESCRIBA «NINGUNA» A CONTINUACIÓN Y CONTINÚE A LA PREGUNTA 20.</p>			
	<p>NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR (Si ha tenido más de un empleador, por favor enumérelos en orden comenzando con el último [más reciente] empleador.)</p>	<p>El trabajo comenzó</p>		<p>El trabajo terminó (Si todavía trabaja, indique «No ha terminado»)</p>
		Mes	Año	Mes
				Año
	(Si necesita más espacio, use la sección de «Comentarios».)			
20.	<p>TIENE QUE CONTESTAR ESTA PREGUNTA AUNQUE SEA UN EMPLEADO. (a) ¿Trabajaba usted por cuenta propia este año o el año pasado?</p>		<input type="checkbox"/> Sí (Continúe a la pregunta (b).)	<input type="checkbox"/> No (Continúe a la pregunta 22.)
	<p>(b) Marque los años en los cuales trabajó por cuenta propia.</p>	<p>¿En qué tipo de comercio o negocio trabajaba por cuenta propia? (Por ejemplo, comerciante, agricultor, médico, etc.)</p>	<p>¿Eran las ganancias netas de su comercio o negocio \$400 o más? (Marque «Sí» o «No»)</p>	
	<input type="checkbox"/> Este año		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> El año pasado		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
21.	<p>(a) ¿Cuánto fue el total de sus ganancias el año pasado? Cantidad \$ _____</p>			
	<p>(b) Escriba una «X» en cada encasillado por CADA MES del año pasado en que <u>no</u> ganó más de *\$_____ en salarios, y <u>no</u> desempeñó servicios sustanciales en trabajo por cuenta propia. Estos son meses exentos. Si ninguno de los meses era exento, escriba una «X» en «NINGUNO». Si todos los meses eran exentos, escriba una «X» en «TODOS».</p> <p>*Escriba el límite mensual apropiado después de leer las instrucciones, «<u>Cómo sus ganancias afectan sus beneficios</u>».</p>		NINGUNO	TODOS
	ene.	feb.	mar.	abr.
	mayo	jun.	jul.	ago.
	sept.	oct.	nov.	dic.

22.	(a) ¿Cuánto espera que sea el total de sus ganancias este año?	Cantidad \$ _____			
	(b) Escriba una «X» en cada encasillado por CADA MES de este año en que <u>no ganó o no ganará</u> más de *\$_____ en salarios y <u>no desempeñó o no desempeñará</u> servicios sustanciales en trabajo por cuenta propia. Estos son meses exentos. Si ninguno de los meses serán exentos, escriba una «X» en «NINGUNO». Si todos los meses serán exentos, escriba una «X» en «TODOS». *Escriba el límite mensual apropiado después de leer las instrucciones, « <u>Cómo sus ganancias afectan sus beneficios</u> ».	NINGUNO	TODOS		
		ene.	feb.	mar.	abr.
		mayo	jun.	jul.	ago.
		sept.	oct.	nov.	dic.

Conteste esta pregunta SOLO si está en los últimos 4 meses de su año tributable (sep., oct., nov. y dic.), si su año tributable está basado en el año calendario.

23.	(a) ¿Cuánto espera ganar el próximo año?	Cantidad \$ _____			
	(b) Escriba una «X» en cada encasillado por CADA MES del próximo año en que <u>no espera ganar</u> más de *\$_____ en salarios, y <u>no espera desempeñar</u> servicios sustanciales en trabajo por cuenta propia. Estos serán meses exentos. Si cree que ninguno de los meses serán exento, escriba una «X» en «NINGUNO». Si cree que todos los meses serán exentos, escriba una «X» en «TODOS». *Escriba el límite mensual apropiado después de leer las instrucciones, « <u>Cómo sus ganancias afectan sus beneficios</u> ».	NINGUNO	TODOS		
		ene.	feb.	mar.	abr.
		mayo	jun.	jul.	ago.
		sept.	oct.	nov.	dic.

24.	Si 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)
-----	--	-------------

NO CONTESTE LA PREGUNTA 25 SI YA CUMPLIÓ SU PLENA EDAD DE JUBILACIÓN. ES POSIBLE QUE TENGA OTRAS OPCIONES PARA SOLICITAR LOS BENEFICIOS; UN AGENTE DEL SEGURO SOCIAL SE COMUNICARÁ CON USTED PARA HABLAR SOBRE ESTO, LO CUAL PUEDE AYUDARLE A DECIDIR EN QUÉ FECHA SERÍA MÁS APROPIADO COMENZAR A RECIBIR LOS BENEFICIOS. CONTINÚE A LA PREGUNTA 27.

POR FAVOR DE LEER DETENIDAMENTE LA INFORMACIÓN AL FINAL DE LA PÁGINA 8 Y CONTESTE UNA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

25.	(a) <input type="checkbox"/> Quiero comenzar a recibir los beneficios el primer mes posible y aceptaré una reducción por concepto de edad.
	(b) <input type="checkbox"/> Ya cumplí mi plena edad de jubilación (o la cumpliré dentro de 12 meses) y quiero comenzar a recibir los beneficios el primer mes posible, siempre y cuando no haya reducción permanente en mis beneficios mensuales.
	(c) <input type="checkbox"/> Quiero beneficios comenzando en (fecha) _____.

INFORMACIÓN SOBRE MEDICARE

Si se aprueba esta reclamación y todavía tiene derecho a beneficios a los 65 años o le faltan 3 meses o menos para cumplir los 65 años de edad, podría recibir la cobertura de la Parte A de Medicare (seguro de hospital) y la Parte B de Medicare (seguro médico) automáticamente a los 65 años. Si no tiene derecho a la inscripción automática a la Parte B de Medicare, necesitará comunicarse con el Seguro Social para solicitarla.

CONTESTE LA PREGUNTA 26 SI SOLO LE FALTAN 3 MESES PARA CUMPLIR LOS 65 AÑOS DE EDAD

La Parte B de Medicare (seguro médico) ayuda a cubrir los servicios de los médicos y como paciente ambulatorio. También cubre otros servicios que la Parte A de Medicare no cubre, tales como los servicios de terapia física y ocupacional y algunos servicios de cuidado de salud en el hogar. Si se inscribe en la Parte B de Medicare, tendrá que pagar una prima mensual. La cantidad de su prima mensual se determinará cuando comience su cobertura. En algunos casos, su prima mensual puede ser más alta de acuerdo a la información sobre su ingreso que recibimos del Servicio de Impuestos Internos (IRS). Sus primas mensuales serán descontadas de la cantidad de sus beneficios mensuales de Seguro Social, o de sus beneficios de jubilación ferroviaria o de los beneficios que recibe de la Oficina de Administración de Personal. Si no recibe dichos beneficios, entonces recibirá una carta explicándole cómo pagar sus primas mensuales. También recibirá una carta si hay algún cambio en la cantidad de su prima mensual.

Si no solicita la Parte B cuando tiene derecho por primera vez, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía mientras tenga la Parte B. Su prima mensual por la Parte B puede aumentar un 10% por cada período de 12 meses completos que pudo haber tenido la Parte B, pero no se inscribió. Además, es posible que deba esperar hasta el Período de inscripción general (del 1 de enero al 31 de marzo) para inscribirse en la Parte B, y la cobertura comenzará el 1 de julio de ese año.

También puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare (Parte D). Para informarse mejor acerca de los planes de medicamentos recetados de Medicare y cuándo puede inscribirse, visite www.medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY 1-877-486-2048). Medicare también puede informarle acerca de las agencias en su área que pueden ayudarlo a elegir su cobertura de medicamentos recetados.

Si tiene ingresos y recursos limitados, lo alentamos a que solicite el Beneficio Adicional que está disponible a ayudarlo con el costo de los medicamentos recetados. El Beneficio Adicional puede pagar las primas mensuales, deducibles anuales y copagos de los medicamentos. Para informarse mejor o para solicitarlo, por favor visite www.segurosocial.gov, llame al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778) o visite la oficina de Seguro Social más cercana.

Yo declaro bajo pena de perjurio que he examinado toda la información en este formulario, y en cualquier otra declaración o formulario que lo acompaña, y que la información es correcta y cierta según mi mejor entender. Entiendo que cualquier persona que a sabiendas haga una declaración falsa o engañosa sobre un hecho material en esta información o que cause que otra persona lo haga, comete un crimen y puede ser encarcelado o enfrentar otras multas.

Firma del Solicitante

FIRMA (Nombre, Inicial, Apellido) (Firme con tinta.)

Fecha (Mes, día, año)

Número(s) de teléfono(s) diurno(s) en los que nos podamos comunicar con usted.

Dirección de pago para depósito directo (*Institución financiera*)

Número de ruta bancaria

Número de cuenta

Chequera

Inscribirse en «Direct Express»

Ahorros

Depósito directo rechazado

Dirección postal del solicitante (número y calle, número de apartamento, apdo. postal, o ruta rural) (Escriba la dirección residencial en «Comentarios» si es diferente.)

Ciudad y estado

Zona postal

Condado donde reside (si aplica)

Se requieren testigos SOLO si esta solicitud ha sido firmada con una «X». Si fue firmada con una «X», dos testigos que conocen al solicitante deben firmar a continuación, dando sus direcciones completas. También, escriba en letra de molde el nombre del solicitante en el encasillado de la Firma.

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 DE BENEFICIOS DE SEGURO DE SEGURO SOCIAL POR JUBILACIÓN

NÚMEROS TELEFÓNICOS PARA LLAMAR SI TIENE PREGUNTAS O ALGO QUE INFORMAR	ANTES DE RECIBIR UN AVISO DE APROBACIÓN	OFICINIA DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE RECIBO DE SU RECLAMACIÓN
	DESPUÉS DE RECIBIR UN AVISO DE APROBACIÓN		
Su solicitud de reclamación para recibir los beneficios de Seguro Social ha sido recibida y será procesada lo más pronto posible.		hay algún otro cambio que pueda afectar su reclamación, usted - o alguien a su nombre - debe informar el cambio. Los cambios que tienen que ser informados están indicados en la página 8.	
Nos comunicaremos con usted dentro de _____ días después que nos haya suministrado toda la información que solicitamos. Algunas reclamaciones toman más tiempo si se necesita información adicional.		Siempre debe hacernos saber su número de reclamación cuando escriba o llame sobre su reclamación.	
Mientras tanto, si tiene un cambio de dirección, o si		Con mucho gusto le ayudaremos si tiene preguntas sobre su reclamación.	
RECLAMANTE		NÚMERO DE RECLAMACIÓN DE SEGURO SOCIAL	

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

Las secciones 202, 205, y 223 de la Ley del Seguro Social, según enmendada, nos autoriza a recopilar esta información. Usted proporciona esta información de manera voluntaria. Sin embargo, el no proveer parte o toda la información que solicitamos podría impedir que tomemos una decisión exacta y oportuna referente a cualquier solicitud de beneficios que se haya presentado para usted y sus dependientes.

Usaremos la información en este formulario para determinar si usted tiene derecho a recibir los beneficios y la cantidad de los mismos. Es posible que compartamos la información en este formulario para cumplir con los propósitos descritos a continuación, los cuales se conocen comúnmente como usos rutinarios de la información:

1. A contratistas y otras agencias federales, según sea necesario, con el fin de ayudar a la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) en la administración eficiente de sus programas.
2. A estudiantes voluntarios, personas que trabajan bajo un contrato personal y otros trabajadores que técnicamente no tienen el estatus de empleados federales, cuando están realizando trabajo para el Seguro Social, según lo autoriza la ley, y necesitan acceso a información de identificación personal en los registros de Seguro Social para realizar sus funciones asignadas de la agencia.

Es posible que usemos esta información de acuerdo con la Ley de Privacidad y otras leyes federales. Por ejemplo, donde esté autorizado, podemos usar y divulgar esta información en programas computarizados, en los cuales nuestros registros se comparan con otros registros para establecer o verificar la elegibilidad de una persona para programas de beneficios federales y para el reembolso de deudas incorrectas o delinquentes bajo estos programas

Puede encontrar una lista completa de usos rutinarios para esta información en nuestros sistemas de avisos de los registros de la Ley de Confidencialidad titulado «Privacy Act Systems of Records Notice» (SORN, por sus siglas en inglés) sistema número 60-0059, titulado, «Earnings Recording and Self-Employment Income System» y «Claims Folder System» sistema número 60-0089 (estos sistemas solo están disponibles en inglés). Información adicional y una lista completa de todos los SORN están disponibles por internet en www.segurosocial.gov/foia/bluebook (solo disponible en inglés).

Declaración sobre la ley para la Reducción de Trámites - La recopilación de esta 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 Gerencia y Presupuesto. Calculamos que le tomará 11 minutos leer las instrucciones, reunir los datos y contestar las preguntas. **ENVÍE o lleve EL FORMULARIO CUANDO LO HAYA LLENADO A SU OFICINA LOCAL DEL SEGURO SOCIAL. Las direcciones de las oficinas locales del Seguro Social están disponibles por internet en www.segurosocial.gov y también aparecen en la guía telefónica bajo agencias de gobierno de EE. UU. o puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).** Puede enviar sus comentarios sobre nuestro cálculo del tiempo que le tomará completar el formulario a: SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD. 21235-6401. Por favor envíe sólo comentarios sobre nuestro cálculo del tiempo, no el formulario lleno.

CAMBIOS QUE DEBEN SER INFORMADOS Y CÓMO INFORMARLOS

Negligencia en informar puede resultar en sobrepagos
que tendrán que ser reembolsados y posiblemente incurrirá multas

- Si cambia su dirección postal para cheques. *(Para evitar demoras en el recibo de cheques TAMBIÉN debe presentar un cambio de dirección a su oficina postal.)*
- Si su ciudadanía o estado inmigratorio cambia.
- Si viaja fuera de los EE.UU. por más de 30 días consecutivos.
- Si algún beneficiario fallece o ya no es capaz de administrar sus propios beneficios.
- Cambios de trabajo - en su solicitud usted indicó que espera ganancias totales para el _____ por la cantidad de \$ _____ . (año)

Usted (está) (no está) devengando salarios de más de \$ _____ al mes.

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

(Informe de INMEDIATO si cambia este patrón de trabajo.)

- Si está confinado por más de 30 días consecutivos a una cárcel, prisión, o institución penal o correccional por la condena de un crimen, o está confinado por más de 30 días consecutivos en una institución pública por una orden judicial en conexión con un crimen.
- Si tiene una orden de detención para su arresto pendiente por más de 30 días consecutivos por un crimen o por intentar un crimen que es un delito grave de fuga para evadir el ser procesado o confinando, o se fuga mientras estaba bajo custodia o fuga escapatoria. En la mayoría de las jurisdicciones que no catalogan estos crímenes como delitos graves, entonces esta cláusula aplica a los crímenes cuyo castigo es la pena de muerte o encarcelamiento por un periodo que exceda un año (independiente de cuál sea la sentencia dictada).
- Si tiene una orden de detención pendiente por más de 30 días consecutivos por violar su libertad vigilada o condicional bajo la ley federal o estatal.
- Si empieza a recibir una pensión o anualidad basada en su empleo por la que no pagó impuestos de Seguro Social o si cesa de recibir dicha pensión o anualidad.
- Si su hijastro tiene derecho a recibir los beneficios bajo el registro de ganancias de usted, y usted se divorcia del padre o de la madre del hijastro. Los beneficios del hijastro no son pagaderos a partir del mes después en que el divorcio se finalice.

- Cambio de custodia -- Debe informarnos si la persona para quien usted está solicitando o quien está bajo su cuidado fallece, deja de estar bajo su cuidado o custodia o cambia de dirección postal.
- Cambio en el estado civil - Se casa, se divorcia o anula su matrimonio.
- Si se convierte en padre de un niño (incluso un niño adoptivo) después de haber presentado su reclamación, debe informarnos sobre el niño para que podamos decidir si el niño tiene derecho a recibir los beneficios. El fallar en informar la existencia de estos niños puede resultar en la pérdida de posibles beneficios para los niños.

Qué debe hacer para informarnos

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

Si se aprueba su reclamación y uno o más de los cambios mencionados ocurren, debe informarlos:

- Visitando la sección titulada «my Social Security» en www.segurosocial.gov;
- Llamando GRATIS al 1-800-772-1213;
- Si es sordo o tiene problemas de audición, llamando GRATIS a nuestro número TTY 1-800-325-0778; o
- Llamando, visitando, o escribiéndole a su oficina local de Seguro Social al teléfono y dirección mostrados en el recibo de su solicitud.

Para información general sobre el Seguro Social, visite nuestro sitio de internet en www.segurosocial.gov. (Algunos de los servicios solo están disponibles en inglés.)

Para las personas que todavía no han cumplido su plena edad de jubilación, la ley requiere que se presente un informe de ganancias con el Seguro Social dentro de los 3 meses y 15 días después del fin del año tributable en que usted gane más de la cantidad anual exenta. Puede comunicarse con el Seguro Social para presentar un informe. De lo contrario, el Seguro Social usará las ganancias informadas por sus empleadores y su declaración de impuestos de trabajo por cuenta propia (si procede) como el informe de ganancias requerido por ley y ajustará los beneficios según el límite de ganancias en efecto. Es su deber el asegurarse que la información que nos proporcione referente a sus ganancias esté correcta. Debe proporcionar información adicional según sea necesaria cuando el ajuste de sus beneficios basado en las ganancias de su registro no esté correcto.

**POR FAVOR LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN CUIDADOSAMENTE
ANTES DE CONTESTAR LA PREGUNTA 26**

- Si todavía no ha cumplido su plena edad de jubilación, no se le puede pagar beneficios retroactivos.
 - Si ya cumplió su plena edad de jubilación, es posible que se le puedan pagar beneficios retroactivos hasta cierto punto.
 - Si su primer mes de tener derecho a recibir los beneficios es antes de que cumpla su plena edad de jubilación, la cantidad de sus beneficios será reducida. Sin embargo, si no recibe su cantidad completa de beneficios por un mes o varios meses antes de cumplir su plena edad de jubilación porque los beneficios son retenidos debido a sus ganancias, la cantidad de sus beneficios aumentará cuando usted cumpla su la plena edad de jubilación para darle crédito por esta retención. Así que la cantidad de sus beneficios al cumplir su plena edad de jubilación se reducirá solo si recibe uno o más pagos de beneficios completos antes del mes en que cumpla la plena edad de jubilación.
 - Es posible que se le agreguen créditos de Seguro Social por solicitud de beneficios aplazada, si usted solicita que se comiencen a pagar los beneficios después que cumpla su plena edad de jubilación.
 - Por favor visite nuestro sitio de internet www.segurosocial.gov y use nuestro calculador titulado, *Calculador de beneficios por jubilación* con el que puede generar cálculos aproximados de cuánto podría recibir en beneficios si se jubila a diferentes edades. Además, tenemos información referente a temas que debe tomar en consideración mientras decide a qué edad sería la más conveniente para comenzar a recibir los beneficios de Seguro Social.
-