

FORMULARIO DE INSCRIPCION PARA DEPOSITO DIRECTO (REPUBLICA DOMINICANA) SOLICITUD PARA PAGO DE LOS BENEFICIOS MENSUALES DE PAGOS DE LOS ESTADOS UNIDOS POR DEPOSITO DIRECTO

- Complete el Apartado 1 y **firme su nombre**.
- Pida a su Banco que complete la Apartado 3.
- Enviar por correo el formulario de vuelta utilizando la dirección en el Apartado 2

SECTION 1 (TO BE COMPLETED BY PAYEE)

| | | |
|---|--|---|
| Nombre y Dirección Completa: | Número de pensión del seguro social | B.I.C. (Optional) |
| | Nombre del Pensionista | |
| Número de teléfono durante horas laborales: | ESTA CAJA ES PARA ASIGNACIÓN PAGO SOLAMENTE (si es necesario) | |
| | Tipo | Cantidad |
| Certificación de Representante de Pagos | | |
| Yo (beneficiario o representante de beneficiario) certifico que he leído y entendido la información la información en la parte posterior de esta forma. Yo autorizo a la Administración del Seguro Social a enviar este pago a la institución financiera indicada en la sección 3 y ser depositado en la cuenta designada. Entiendo que la información personal en estos pagos es confidencial, sin embargo, autorizo a divulgar la información de pagos impuesta por ley o necesaria para la protección contra fraudes o crimen. | | |
| CERTIFICACIÓN DE TITULARES DE CUENTAS EN CONJUNTO (Opcional) | | |
| Certifico que he leído y entendido la información indicada en la parte posterior de este documento, específicamente el párrafo «Información importante para los titulares de cuentas en conjunto» | | |
| Firma | Fecha | Firma de los autorizados en cuentas en conjunto |
| | | Date |
| Es usted representante de beneficiario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Esta cuenta es: | |
| Fecha de nacimiento | <input type="checkbox"/> Una cuenta propia <input type="checkbox"/> Una cuenta mancomunada | |

APARTADO 2 (DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA)

| | |
|--|---|
| NOMBRE DE LA AGENCIA GUBERNAMENTAL: SOCIAL SECURITY ADMINISTRATION | Envíe la solicitud completa a: Federal Benefits Unit U.S. Embassy Av. República de Colombia # 57 Santo Domingo Dominican Republic |
|--|---|

APARTADO 3 (Debe ser rellenado por el Banco, Caja de Ahorros o Cooperativa de Crédito.) Esta cuenta debe ser en dólares de los E.E. U.U.

| | | |
|--|--------------------------------|-------------------|
| NOMBRE DEL BANCO | NUMERO DE TELEFONO DEL BANCO | |
| DIRECCION DEL BANCO | | |
| NOMBRE DEL FUNCIONARIO DE BANCO | FIRMA DEL FUNCIONARIO DE BANCO | |
| Tipo de cuenta <input type="checkbox"/> Cheques <input type="checkbox"/> Ahorros | | |
| Código Bancario | Código de Sucursal | Número de Cuentas |

INFORMACIÓN IMPORTANTE - LEER CUIDADOSAMENTE POR FAVOR

La información suministrada en esta forma es confidencial. Necesitamos ésta información para enviar sus pagos del Seguro Social a su cuenta bancaria en La República Dominicana por transferencia electrónica.

Cuando recibirá sus pagos por depósito directo:

Usted recibirá sus pagos a través del sistema bancario de La República Dominicana y estarán brevemente en su cuenta bancaria en la fecha regular de pago. Con depósito directo, usted tendrá acceso inmediato a su dinero. Es la manera más segura de recibir sus beneficios.

Información sobre la conversión de moneda:

Con depósito directo, sus pagos del Seguro Social de E.E. U.U. son convertidos automáticamente en dólares (si procede) de los E.E. U.U., diariamente al tipo de cambio internacional antes de ser depositados en su cuenta.

****Aviso especial para cuentas en conjunto****

Si usted tiene una cuenta en conjunto con una persona quien recibe pagos del Seguro Social y esa persona fallece, usted debe notificar inmediatamente a su banco y a la Administración del Seguro Social o a la Unidad de Beneficios Federales en su área. Debe regresar cualquier pago depositado en la cuenta conjunta después del fallecimiento del beneficiario.

Si cambia de dirección:

Si su dirección cambia debe informar a la Unidad de Beneficios Federales o a la Administración del Seguro Social. Sus pagos pueden cesar si la Administración del Seguro Social necesitará comunicarse con usted y no puede localizarlo.

Cambio de bancos o de cuentas bancarias.

Si usted cambia de banco o cambia su cuenta bancaria, debe notificar a una de las siguientes oficinas:

Federal Benefits Unit
U.S. Embassy
Av. República de Colombia # 57
Santo Domingo
Dominican Republic

Social Security Administration
Office of Earnings and International Operations
Division Of International Operations
PO Box 17769
Baltimore, MD
21235-7769
USA

Puede que tenga que completar un formulario nuevo para depósito directo. **NO cierre la cuenta donde le están depositando sus pagos hasta que su nueva cuenta este activa.**

**La Ley de Confidencialidad
Recolección y uso de información personal**

La sección 205(a) de la Ley del Seguro Social, según enmendada, nos autoriza a recopilar ésta información. El suministrar la información es voluntario. Sin embargo, el fallar en suministrar toda o parte de la información puede impedir el recibir los pagos de sus beneficios a través de una institución extranjera.

Usaremos la información suministrada por usted para procesar los pagos de sus beneficios con la institución financiera. También podemos compartir su información para los siguientes propósitos como en el uso de llamadas rutinarias:

- Del Departamento de Estado y sus agentes para administrar la ley en países extranjeros a través de las facilidades y servicios de esa agencia, y
- Para contactos con terceras partes cuando sea necesario establecer o verificar información suministrada por un representante de beneficiario o candidato para beneficiario.

Además, es posible que usemos la información que nos suministre en programas de cotejo computarizados. Estos programas de cotejo computarizados comparan nuestros registros con los registros que mantienen otras agencias del gobierno federal, estatal o municipal. La información de estos programas de cotejo computarizados se puede usar para establecer o verificar el derecho de una persona a participar en los programas de beneficios financiados o administrados por el gobierno federal y para el reembolso de pagos o deudas delincuentes bajo estos programas.

Una lista adicional para usos rutinarios está disponible en nuestro Sistema de Registros y Avisos del Acta o Ley de Confidencialidad (SORN) 60-0089, disponible en nuestro «Privacy Act System of Records Notices» titulado «Claims Folder System» (60-0090) según publicada en el Registro Federal (FR, por sus siglas en inglés) el 1ro de abril de 2004, en 68 FR 15784 y 60-0090 y el «Master Beneficiary Record», según publicada en el FR el 11 de enero de 2006 en 71 FR 1826. (NOTA ACLARATORIA: estos sistemas solo están disponible en inglés). Información adicional y un listado completo de todo nuestro Sistema de Registros y Avisos del Acta o Ley de Confidencialidad (SORNs) está disponible en nuestro sitio de internet al <https://www.ssa.gov/privacy>.

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. **Envíe a esta dirección solo comentarios relacionados con nuestro cálculo del tiempo que le tomaría en llenar el formulario:** SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD 21235-6401.