

SOLICITUD PARA BENEFICIOS DE SEGURO PARA NIÑOS DEL SEGURO SOCIAL

(Application for Child's Insurance Benefits)

(No escriba en este espacio)

Al llenar esta solicitud, usted está solicitando en nombre del niño o los niños nombrados en la pregunta 3 a continuación, para todos los beneficios de seguro a los cuales podrían tener derecho bajo el Título II (Seguro Federal de Jubilación, Sobrevivientes e Incapacidad) de la *Ley del Seguro Social*, según actualmente enmendada. Si está solicitando por cuenta propia, conteste las preguntas respecto a su persona.

Si está solicitando beneficios basados en el registro de ganancias de un trabajador fallecido, ésta también puede considerarse como una solicitud para beneficios de sobrevivientes, bajo la *Ley de Jubilación Ferroviaria* (RAA, por sus siglas en inglés) y para pagos de la Administración de Veteranos, bajo el Título 38, U.S.C., Beneficios para Veteranos, Capítulo 13 (que constituye, como tal, una solicitud para otros tipos de beneficios por fallecimiento bajo el Título 38).

Life Claim Death Claim

1.	(a) Escriba en LETRA DE MOLDE el nombre del trabajador asalariado o trabajador por cuenta propia (de aquí en adelante lo llamaremos «trabajador»).	Nombre, inicial, apellido
	(b) Escriba el número de Seguro Social del trabajador.	
2.	(a) Escriba su nombre en LETRA DE MOLDE (a menos que usted mismo sea el trabajador).	Nombre, inicial, apellido
	(b) Escriba su número de Seguro Social	

PARTE 1 - Información sobre los hijos del trabajador

3. Los hijos del trabajador (incluso los hijos biológicos, adoptivos e hijastros) o nietos dependientes (incluso nietos políticos) podrían tener derecho a recibir beneficios basados en el registro de ganancias del trabajador. Para un trabajador quien todavía está vivo, la información a continuación se aplica a este mes o a cualquiera de los últimos 12 meses. Para un trabajador fallecido, la información a continuación es pertinente a la fecha de defunción o a cualquier período desde que el trabajador falleció.

Indique a seguir todos los hijos que:	Fecha de nacimiento (Mes, día, año)	Indique con una (X) si el niño es mayor de 17.5 años o más:		Indique con una (X) el parentesco del niño con el trabajador						Número de Seguro Social del Niño
		Es estudiante	Está incapacitado	Hijo natural	Hijo adoptivo	Hijastro	Nieto dependiente	Otro		
<ul style="list-style-type: none"> Son menores de 18 años Tienen de 18 a 19 años y asisten a una escuela primaria o secundaria (grado 12 o menor) a tiempo completo De 18 años o más con una incapacidad que comenzó antes de los 22 años. 										
Nombre completo del hijo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Si usted no desea ser el representante de pago para ninguno de los hijos o nietos dependientes nombrados anteriormente, escriba el nombre y la dirección del niño en la página 5 en la sección de «Comentarios». Puede presentar una solicitud en nombre de un niño aunque no quiera ser el representante de pago del niño.

4.	Si alguno de los niños nombrados en la pregunta 3 son hijastros del trabajador, indique la fecha en que el trabajador se casó con el padre (la madre) biológico(a) del niño.	Mes, día, año
5.	(a) ¿Hay un representante legal (tutor, guardián, curador, etc.) para alguno de los niños en la pregunta 3?	<input type="checkbox"/> Si (Si contestó «Sí», conteste (b) y (c)).
		<input type="checkbox"/> No (Si contestó «No», pase a la pregunta 6).

5.	(b) Escriba la siguiente información sobre el (los) representante(s) legal(es):	NOMBRE (Nombre, inicial, apellido)	Número de teléfono (incluya el código de área)	
		DIRECCIÓN		
(c) Explique brevemente las circunstancias que causaron que la corte nombrara a un representante legal.				
6.	¿Es usted el padre o la madre biológico(a) o adoptivo(a) de la(s) personas por quién(es) está solicitando?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
7.	¿Alguno de los niños en la pregunta 3 ha sido adoptado por alguien más aparte del trabajador? (Si la respuesta es «Sí», provea la siguiente información):	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
	Nombre del niño	Fecha de adopción	Nombre de la persona que adoptó al niño	
8.	¿Viven en el mismo hogar con usted todos los niños nombrados en la pregunta 3? (Si la respuesta es «No», provea la siguiente información acerca de cada uno de los niños que no vive con usted. Si no sabe el paradero de alguno de estos niños, provea una explicación en «Comentarios»).	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
	Nombre del niño que no vive con usted	Persona con quien el niño vive actualmente		
		Nombre y dirección	Parentesco con el niño	
9.	¿Se ha casado alguna vez alguno de los niños nombrados en la pregunta 3? (Si la respuesta es «Sí», provea la siguiente información.)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
	Nombre del niño	Fecha de matrimonio (Mes, día, año)		
	¿Cómo terminó el matrimonio? (Si todavía está casado, escriba, «no ha terminado».)	Fecha en que terminó el matrimonio (Mes, día, año)		

Si está solicitando SOLO para un niño de 18 años o más que está incapacitado, omita las preguntas 10 a la 13. En todos los otros casos, conteste las preguntas 10 a la 13.

INFORMACIÓN DE GANANCIAS DEL AÑO PASADO (No conteste estas preguntas si el trabajador falleció este año)

10.	(a) ¿Devengó más de la cantidad límite el año pasado algún niño mencionado en la pregunta 3? (Si la respuesta es «Sí», conteste [b]. Si la respuesta es «No», pase a la pregunta 11) .	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	(b) NOMBRE DEL NIÑO QUE DEVENGÓ MÁS DE LA CANTIDAD LÍMITE EL AÑO PASADO	GANANCIAS TOTALES DEL NIÑO	ENUMERE CADA MES QUE EL NIÑO NO GANÓ MÁS DE \$ _____ EN SALARIOS Y NO DESEMPEÑÓ SERVICIOS SUSTANCIALES EN UN TRABAJO POR CUENTA PROPIA
		\$	
		\$	
		\$	

INFORMACIÓN DE GANANCIAS DEL AÑO EN CURSO

11.	(a) ¿Espera usted que el total de ganancias de cualquiera de los niños mencionados en la pregunta 3 sobrepase la cantidad límite este año? (Cuenta todas las ganancias empezando con el primer día de este año y todas las ganancias anticipadas hasta el final de este año). (Si la respuesta es «Sí», conteste [b]. Si la respuesta es «No», pase a la pregunta 12).	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	(b) NOMBRE DEL NIÑO QUE SE ESPERA QUE GANE MÁS DE LA CANTIDAD LÍMITE ESTE AÑO	CANTIDAD DE GANANCIAS QUE ESPERA GANAR EL NIÑO	ENUMERE CADA MES (INCLUSO EL MES EN CURSO) EN EL CUAL EL NIÑO NO GANÓ O NO GANARÁ MÁS DE \$ _____ EN SALARIOS Y NO DESEMPEÑÓ O NO DESEMPEÑARÁ SERVICIOS SUSTANCIALES EN UN TRABAJO POR CUENTA PROPIA.
		\$	
		\$	
		\$	

Conteste la pregunta 12 SOLO si algún niño actualmente está en los últimos 4 meses de su año tributable (septiembre, octubre, noviembre y diciembre, si el año tributable es igual al año calendario).

INFORMACIÓN SOBRE GANANCIAS PARA EL PRÓXIMO AÑO

12.	(a) ¿Espera que el total de ganancias de cualquiera de los niños mencionados en la pregunta 3 sobrepase la cantidad límite el próximo año? (Si la respuesta es «Sí», conteste [b]. Si la respuesta es «No», pase a la pregunta 13).	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	(b) NOMBRE DEL NIÑO QUE SE ESPERA QUE GANE MÁS DE LA CANTIDAD LÍMITE EL PRÓXIMO AÑO	CANTIDAD DE GANANCIAS QUE ESPERA GANAR EL NIÑO	ENUMERE CADA MES EN EL CUAL EL NIÑO NO GANARÁ MÁS DE \$ _____ EN SALARIOS Y NO DESEMPEÑARÁ SERVICIOS SUSTANCIALES EN UN TRABAJO POR CUENTA PROPIA
		\$	
		\$	
		\$	

13.	Si alguno de los niños para quien usted está solicitando usa un año fiscal (un año que no termina el 31 de diciembre), indique aquí el nombre del niño y el mes en que termina el año fiscal.	Nombre del niño y el mes en que termina el año fiscal
-----	---	---

Conteste las preguntas 14 y 15 SOLO si el trabajador aún vive. De lo contrario, pase a la pregunta 16.

14.	Si alguno de los niños mencionados en la pregunta 3 son hijos adoptivos del trabajador, escriba en letra de molde el nombre de cada niño y la fecha cuando el trabajador los adoptó.	
	NOMBRE DEL HIJO ADOPTIVO	FECHA DE ADOPCIÓN

15.	¿Han vivido con el trabajador todos los niños mencionados en la pregunta 3 durante cada uno de los últimos 13 meses (contando el mes en curso)? (Si la respuesta es «No», provea la información solicitada a continuación).		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	NOMBRE DEL NIÑO QUE NO VIVIÓ CON EL TRABAJADOR DURANTE CADA UNO DE LOS ÚLTIMOS 13 MESES	INDIQUE CADA MES EN QUE EL NIÑO NO VIVIÓ CON EL TRABAJADOR	PERSONA CON QUIÉN VIVIÓ EL NIÑO	
			NOMBRE Y DIRECCIÓN	PARENTESCO CON EL NIÑO
16.	Si alguno de los niños mencionados en la pregunta 3 cumplirá 65 años o más dentro de los próximos 2 meses, es ciego o está incapacitado, ¿quiere solicitar los beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario en nombre de alguno de ellos?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

PARTE 2 - INFORMACIÓN SOBRE EL TRABAJADOR FALLECIDO.

Conteste las preguntas 17 a la 24 solamente si el trabajador ha fallecido.

17.	(a) Escriba la fecha de nacimiento del trabajador	Mes, día, año
	(b) Escriba en letra de molde el nombre del trabajador al nacer, si es diferente al de la pregunta 1(a)	
18.	(a) Escriba la fecha de defunción	Mes, día, año
	(b) Escriba en letra de molde el lugar donde el trabajador falleció.	CIUDAD Y ESTADO
19.	Escriba en letra de molde el nombre del estado o país donde el trabajador mantenía su residencia fija al momento de fallecer.	ESTADO O PAÍS EXTRANJERO
20.	¿Trabajó el trabajador para la industria ferroviaria por más de 5 años?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
21.	(a) ¿Tuvo el trabajador créditos de Seguro Social (por ejemplo, basados en trabajo o residencia) bajo el sistema de seguro social de otro país?	<input type="checkbox"/> Sí (Si contestó «Sí», conteste [b]). <input type="checkbox"/> No (Si contestó «No», pase la pregunta 22).
	(b) Indique el país o países.	
22.	(a) ¿Tuvo el trabajador salarios o ingresos de trabajo por cuenta propia, por los que pagó impuestos de Seguro Social en todos los años desde el 1978 hasta el año pasado?	<input type="checkbox"/> Sí (Si contestó «Sí», pase a la pregunta 23). <input type="checkbox"/> No (Si contestó «No», conteste [b]).
	(b) Indique los años desde el 1978 hasta el año pasado, en que el trabajador no tuvo salarios o ingresos de trabajo por cuenta propia cubiertos por el Seguro Social.	

Conteste la pregunta 23 SOLO si la defunción ocurrió dentro de los últimos dos años.

23.	(a) ¿Cuánto ganó el trabajador como empleado y por trabajo por cuenta propia durante el año en que falleció?	CANTIDAD \$
	(b) ¿Cuánto ganó el trabajador el año antes de su fallecimiento?	CANTIDAD \$

COMENTARIOS (Continuación)

Yo declaro bajo pena de perjurio que he examinado toda la información en este formulario, y en cualquier declaración o formulario que lo acompañe, y que es cierta y correcta según mi mejor entender. Yo entiendo que cualquier persona que a sabiendas hace una declaración falsa o engañosa acerca de hechos materiales en esta información o causa que alguien más lo haga, comete un crimen y puede enfrentar multas o ser enviado a prisión.

FIRMA DEL SOLICITANTE	Fecha (Mes, día, año)
FIRMA (Nombre, inicial, apellido) (Use un bolígrafo para firmar.)	Números de teléfonos diurno en los que nos podamos comunicar con usted

Información para pago por depósito directo (Institución financiera)

Número de ruta bancaria	Número de cuenta	<input type="checkbox"/> Cuenta de cheques	<input type="checkbox"/> Inscrito en <i>Direct Express</i>
		<input type="checkbox"/> Cuenta de ahorros	<input type="checkbox"/> Rechaza inscribirse en depósito directo

Dirección postal del solicitante (Número de la casa o edificio, nombre de la calle, número de apartamento, apartado postal o ruta rural) (Escriba la dirección residencial en «Comentarios», si es diferente a su dirección postal).

Ciudad y estado	Zona postal	Condado (si aplica) 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. 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 de la casa o edificio, nombre de la calle y zona postal)	Dirección (Número de la casa o edificio, nombre de la calle y zona postal)

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

La sección 202(d) de la Ley del Seguro Social, según enmendada, nos autoriza a recopilar esta información. Proporcionarnos esta información es voluntario. Sin embargo, no proveer toda o parte de la información que se solicita, podría impedirnos tomar una decisión correcta y oportuna sobre cualquier reclamación presentada.

Usaremos la información para determinar si tiene derecho a recibir los beneficios mensuales o la cobertura de seguro y para autorizar los pagos a los niños de trabajadores jubilados, incapacitados o fallecidos. También podemos compartir su información con los siguientes propósitos, llamados usos de rutina:

- A las agencias federales, estatales o locales para administrar los ingresos en efectivo o los que no se efectúan en efectivo o programas de mantenimiento de salud; y
- A un contratista u otra agencia federal, según sea necesario, con el propósito de ayudar a la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) en la administración eficiente de sus programas.

También, podemos compartir esta información de acuerdo con la Ley de Confidencialidad y otras leyes federales. Por ejemplo, cuando esté autorizado, podremos usar y divulgar esta información por medio de programas de cotejo por computadora, en donde nuestros registros son comparados con otros registros para establecer o verificar si la persona tiene derecho a los programas de beneficios federales y para el cobro de deudas incorrectas o delincuentes bajo estos programas.

Una lista de usos rutinarios está disponible en nuestro *Privacy Act Systems of Records Notices* (Sistema de registros de avisos de la *Ley de Confidencialidad*, SORN, por sus siglas en inglés) 60-0089, titulado *Claims Folders System* (Sistema de carpetas de reclamaciones), según publicado en el *Federal Register* (Registro Federal, FR, por sus siglas en inglés) el 1 de abril de 2003, en 68 FR 15784. Puede encontrar más información y un listado completo de todos nuestros SORN en nuestro sitio de internet www.socialsecurity.gov/privacy (solo disponible en inglés).

Declaración sobre la Ley para la Reducción de Trámites - Esta recopilación de información cumple con los requisitos de 44 U.S.C. § 3507, según enmendada por la sección 2 de la *Ley de 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 Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). Calculamos que se tardará alrededor de 12 minutos en leer las instrucciones, reunir los datos y contestar las preguntas. **ENVÍE O LLEVE EL FORMULARIO LLENO A SU OFICINA LOCAL DEL SEGURO SOCIAL. Puede encontrar su oficina local del Seguro Social a través del sitio de internet del Seguro Social en www.segurosocial.gov. Las oficinas también aparecen en la lista de su directorio telefónico bajo las agencias gubernamentales de los EE. UU., o puede llamar al 1-800-772-1213 y oprima 7 para español (TTY 1-800-325-0778). Puede enviar sus comentarios sobre nuestro cálculo de tiempo a: SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD 21235-6401. Envíe a esta dirección solo sus comentarios relacionados con nuestro cálculo de tiempo, no envíe el formulario lleno.**

**RECIBO PARA SU RECLAMACIÓN DEL SEGURO SOCIAL
PARA BENEFICIOS DE SEGURO PARA NIÑOS**

NÚMEROS TELEFÓNICOS PARA LLAMAR SI TIENE PREGUNTAS O ALGO QUE INFORMAR	ANTES DE RECIBIR UN AVISO DE APROBACIÓN DE BENEFICIOS	OFICINA DEL SEGURO SOCIAL	FECHA EN QUE SE RECIBIÓ SU RECLAMACIÓN
	DESPUÉS DE RECIBIR UN AVISO DE APROBACIÓN DE BENEFICIOS		

Su solicitud para beneficios de Seguro Social en nombre de los niños nombrados a continuación ha sido recibida. Se le avisará por correo tan pronto se haya tomado una decisión sobre su reclamación.

Nos comunicaremos con usted dentro de _____ días después de que nos haya presentado toda la información que solicitamos. Algunas reclamaciones pueden tomar más tiempo si se necesita información adicional.

Mientras tanto, si usted o uno de los niños cambia de dirección o si hay algún otro cambio que podría afectar su reclamación, usted o alguien que lo represente, debe informar sobre el cambio. Los cambios que deben ser informados están enumerados en la página número 9.

Siempre indique su número de reclamación cuando nos escriba o llame por teléfono acerca de su reclamación.

Si tiene cualquier pregunta sobre su reclamación, con mucho gusto le ayudaremos.

RECLAMANTE	NÚMERO DE RECLAMACIÓN DE SEGURO SOCIAL

Nombre del trabajador (Si el apellido es diferente al de los reclamantes).

CAMBIOS QUE TIENEN QUE SER INFORMADOS Y CÓMO INFORMARLOS

NEGLIGENCIA EN INFORMAR PODRÍA RESULTAR EN SOBREPAGOS QUE DEBEN SER REEMBOLSADOS Y EN MULTAS MONETARIAS.

- Usted o algún niño cambia su dirección residencial o postal. (Para evitar demoras en el recibo de cheque TAMBIÉN debería presentar una notificación de cambio de dirección a su oficina de correos.)
- Cambios en la ciudadanía o estatus migratorio de alguno de los niños.
- Alguno de los beneficiarios viaja fuera de los EE.UU. por 30 días consecutivos o más.
- Alguno de los beneficiarios fallece o ya no es capaz de administrar sus propios beneficios.
- Cambios de trabajo - En su solicitud usted nos dijo que _____ esperaba que el total de ganancias (nombre del niño) para el _____ serían \$ _____. (año) _____ (está) (no está) ganando (nombre del niño) más de \$ _____ al mes. _____ (está) (no está) trabajando por (nombre del niño) cuenta propia ni desempeñando servicios sustanciales en un oficio o negocio.

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

- Cambio de custodia - Informe si algún niño a nombre de quien está solicitando o quien está bajo su cuidado, fallece o deja de estar bajo su cuidado o custodia o cambia de dirección.
- Si un niño de 13 años o más tiene una orden de detención o delito grave pendiente por más de 30 días consecutivos por fugarse para evitar un juicio o prisión, escaparse de la custodia o fugarse para escapar.

- Un estudiante, de 18 años o más, deja de ir a la escuela, reduce los días u horas que asiste a la escuela a menos de tiempo completo, cambia de escuela o un empleador le paga para que asista a la escuela.
- Si el trabajador y el padre o madre del hijastro se divorcian. Los beneficios no se pueden pagar a un hijastro empezando con el mes después del mes que el trabajador y el padre o madre del niño adoptivo se divorcian. Devuelva inmediatamente cualquier pago de beneficios recibidos para el hijastro por los meses después del mes en que el divorcio se finalizó.
- El niño está confinado a una cárcel, prisión, institución penal o correccional por más de 30 días consecutivos por una condena de un crimen o confinado a una institución pública por orden de la corte in conexión con un delito.
- Cambio en estado civil - matrimonio, divorcio, o anulación del matrimonio. Debe informar el matrimonio, incluso si cree que aplica una excepción.
- Solicitantes por incapacidad - Además de los requisitos para informar enumerados anteriormente debe informar:
 1. Si el niño adulto incapacitado regresa a trabajar (como empleado o por cuenta propia) sin importar la cantidad de las ganancias.
 2. El padecimiento del niño adulto incapacitado mejora.

Una agencia en su estado que trabaja con nosotros administrando el programa de incapacidad de Seguro Social, es responsable de tomar la decisión sobre la reclamación de incapacidad del niño. En algunos casos, es necesario que la agencia estatal consiga información adicional sobre el padecimiento del niño o que necesite programar una cita para el niño para que se haga un examen médico pagado por el gobierno.

CÓMO INFORMAR CAMBIOS

Puede informar cualquier cambio por internet, teléfono, correo o en persona, según lo prefiera.

Si se le aprueban los beneficios y uno o más de los cambios mencionados ocurren, debe informarlos:

- Visitando la sección «My Social Security» (solo disponible en inglés) en nuestro sitio de internet en www.segurosocial.gov;
- Llamándonos GRATIS al 1-800-772-1213 y oprima 7 para español;
- Si es sordo o tiene problemas de audición, llamándonos GRATIS a nuestro número TTY 1-800-325-0778; o
- Llamando, visitando o escribiendo a su oficina local del Seguro Social al teléfono y dirección que se muestra en el recibo de su reclamación.

Para información general sobre el Seguro Social, visite nuestro sitio de internet en www.segurosocial.gov.

Para aquellas personas que todavía no han cumplido su plena edad de jubilación, la ley requiere que se presente un informe de ganancias al Seguro Social dentro de 3 meses y 15 días después de finalizado cualquier año tributable en que el niño gane sobre el límite anual de ganancias. Puede comunicarse con el Seguro Social para presentar un informe para el niño. De lo contrario, el Seguro Social usará las ganancias informadas por los empleadores del niño y la declaración de impuestos de trabajo por cuenta propia del niño (si aplica) como informe de ganancias requerido por ley para ajustar los beneficios según el límite de ganancias estipulado por la ley. Es su responsabilidad asegurarse de que la información que presente en relación a las ganancias del niño sea correcta.