

Solicitud para una exención de recuperación de sobrepago

Cuándo llenar este formulario

Llene este formulario si se aplica alguno de los siguientes:

- Piensa que no tiene la culpa del sobrepago y no puede pagar el dinero.
- Piensa que no tiene la culpa y cree que el sobrepago es injusto por alguna otra razón.

Usaremos sus respuestas para decidir si tiene que devolver el dinero. Si decidimos que no tiene que devolver el dinero, lo llamamos una exención.

Cuándo no completar este formulario

- Piensa que no tiene la culpa y su sobrepago es de \$2,000 o menos. En su lugar, solicite una exención llamando al 1-800-772-1213 (oprima el 7 para español) o a su oficina local. Es posible que podamos procesar su solicitud rápidamente por teléfono.
- Piensa que cometimos un error cuando decidimos que le pagaron en exceso, o si no está de acuerdo con la cantidad de su sobrepago. En su lugar, complete el formulario **SSA-561**, Request for Reconsideration (Solicitud de reconsideración, solo en inglés).
- Está solicitando una audiencia ante un juez de derecho administrativo. En su lugar, complete el formulario **HA-501-U5**, Request for Hearing by Administrative Law Judge (Solicitud de audiencia ante el juez de derecho administrativo, solo en inglés).
- **Solo** desea cambiar la cantidad de dinero que debe pagarnos cada mes. En su lugar, complete el formulario **SSA-634-SP**, Solicitud de cambio en la tasa de recuperación de sobrepago.
- Ha sido condenado por fraude relacionado con este sobrepago.

IMPORTANTE: Por favor, conteste las siguientes preguntas de la manera más completa posible y presente cualquier documento de respaldo con su solicitud de exención. Si está ayudando a la persona que está solicitando la exención, conteste las preguntas como si esa persona estuviera llenando la solicitud. Si necesita más espacio para las respuestas, use la sección "Comentarios" en la página 7.

SECCIÓN 1 - PREGUNTAS SOBRE SU IDENTIDAD

- | | |
|----|---|
| 1. | A. ¿Cuál es el nombre, el número de Seguro Social y el número de reclamación (si corresponde) de la persona con el sobrepago?

Nombre: _____

Número de Seguro Social: _____ Número de reclamación: _____ |
| | B. Si está llenando la solicitud de exención para la persona a la que se le pagó en exceso, provea su nombre y parentesco con la persona.

Nombre: _____

Parentesco: _____ |

SECCIÓN 2 - PETICIÓN PARA UNA EXENCIÓN

2. ¿La cantidad total del sobrepago indicado en su carta es \$2,000 o menos? Sí No

Si la respuesta es **Sí**, no es necesario que llene el resto de este formulario. Llame al 1-800-772-1213 (oprime el 7 para español) o a su oficina local y es posible que podamos procesar su solicitud de exención rápidamente por teléfono.

Si la respuesta es **No**, continúe llenando el resto de este formulario.

¿Cuál es su motivo para solicitar una exención? (Marque todo lo que corresponda)

- A. El sobrepago no fue mi culpa.
 B. No tengo los medios para devolver el dinero.
 C. El sobrepago es injusto por alguna otra razón.

Por favor, _____

explique: _____

3. Por favor, provea la fecha del aviso del sobrepago por el cual está solicitando la exención:

_____ (mm/dd/aaaa)

4. ¿Está solicitando la exención del sobrepago completo, incluido el dinero que ya nos ha devuelto?

Sí No

Si la respuesta es **No**, ¿está solicitando que la exención sea por la cantidad restante del dinero que nos debe? Sí No

5. Díganos lo que sabe acerca de por qué el sobrepago ocurrió. Si hubo algún motivo por el cual no entendió o no pudo informarnos del cambio, explique el motivo.

Por lo general, los sobrepagos ocurren cuando ocurre un cambio en su vida del que creemos que no nos enteramos a tiempo. Esto sucede por muchas razones y comprender su opinión nos ayuda a decidir su solicitud de exención.

SECCIÓN 3 - ASISTENCIA BASADA EN LAS NECESIDADES

6. Un dependiente es una persona que depende de usted para su manutención y a quien puede incluir en su declaración de impuestos. ¿Usted o algún miembro de su familia dependiente recibe **actualmente** alguno de los siguientes beneficios?

Sí No Si la respuesta es **Sí**, (marque todas las opciones que correspondan) luego, vaya a la página 9, firme, ponga la fecha e indique su dirección y número de teléfono. Por favor, presente comprobante de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, siglas en inglés), pensión del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA, siglas en inglés), o del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, siglas en inglés).

- Pagos de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, siglas en inglés)
 Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, siglas en inglés)
 Pensión basada en la necesidad del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA, siglas en inglés)
 Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, siglas en inglés)
 Ayuda adicional de Medicare Parte D

Si la respuesta es **No**, continúe llenando el resto de este formulario.

SECCIÓN 4 - MIEMBRO DE LA FAMILIA DEL HOGAR

7. A. Si es un adulto y solicita una exención, enumere a su cónyuge y dependientes en esta sección. Un dependiente es una persona que depende de usted para su sustento y a quien puede reclamar en su declaración de impuestos. Llene las secciones 5, 6 y 7 con su información, la de su cónyuge y sus dependientes.

Si está llenando la solicitud de exención para un menor de edad, ¿los ingresos y bienes del menor ayudan con los alimentos y artículos del hogar? Sí No

- Si la respuesta es **Sí**, enumere a los padres del menor de edad y a otros dependientes de los padres en esta sección. Llene las secciones 5, 6 y 7 con la información de todos los miembros del hogar.
- Si la respuesta es **No**, solo proporcione la información del menor en las secciones 5, 6 y 7.

Nombre	Edad	Parentesco con usted

- B. ¿Vive con usted algún miembro de la familia del hogar a quien no pueda reclamar como dependiente en su declaración de impuestos? Sí No

¿Paga esta persona algún alquiler, facturas del hogar o cualquier otro gasto del hogar?

Sí cantidad total mensual que recibe \$ _____ No

Documentos para respaldar su declaración:

Para llenar las secciones 5, 6 y 7 de este formulario, debe consultar ciertos documentos que respalden sus declaraciones. Conteste todas las preguntas y envíe los documentos de respaldo para usted, su cónyuge y sus dependientes. Sus documentos de respaldo deben tener una fecha no mayor a 3 meses a partir de la fecha en que solicita una exención. Ejemplos de documentos de respaldo son:

- Información actual sobre alquiler o hipoteca
- 2 o 3 facturas recientes de servicios públicos, médicos, tarjetas de crédito y seguros
- Cheques cancelados
- Estado de cuentas bancarias recientes
- Talonarios de su nómina de sueldos actuales
- Su declaración de impuestos más reciente

SECCIÓN 5 - RECURSOS - COSAS QUE USTED TIENE Y POSEE

8. A. ¿Cuánto dinero en efectivo tienen en su poder usted, su cónyuge y sus dependientes? \$

- B. Enumere todas las cuentas financieras de usted, su cónyuge y sus dependientes. Ejemplos de cuentas que debe enumerar incluyen: cheques, por internet (por ejemplo, PayPal), ahorros, certificados de depósito (CD), cuentas de jubilación individuales (IRA, siglas en inglés), dinero o fondos mutuos, acciones, bonos, fondos de fideicomiso, tarjetas de débito prepagas o cualquier otra cuenta.

Tipo de cuenta	Nombre y dirección de la institución	Nombre que aparece en la cuenta	Saldo (balance) o valor	Ingresos por mes (intereses o dividendos)	Número de cuenta
			\$	\$	
			\$	\$	
			\$	\$	
			\$	\$	
			\$	\$	
TOTALES			\$	\$	

9. A. ¿Usted, su cónyuge o sus dependientes poseen más de dos vehículos familiares, incluido un automóvil, un vehículo utilitario deportivo (SUV, siglas en inglés), un camión, una camioneta, una caravana, una motocicleta, un bote o cualquier otro vehículo?

Sí (enumere todos los vehículos a continuación) No (vaya a la 9.B)

Propietario	Año, marca/modelo	Valor actual	Saldo (balance) del préstamo (si corresponde)	Propósito principal del uso
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	
TOTALES \$				

- B. ¿Es usted copropietario de algún bien inmueble con alguien que no sea su cónyuge o un familiar dependiente? Sí (enumere a continuación) No (vaya a la 9.C)

Propietario	Descripción	Valor actual en el mercado	Saldo (balance) del préstamo (si corresponde)	Cantidad de ingresos
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
TOTALES \$				

- C. ¿Usted, su cónyuge o sus dependientes son propietarios o tienen interés en algún negocio, propiedad u objeto de valor? Sí (enumere a continuación) No (vaya a la 10)

Propietario	Descripción	Valor actual en el mercado	Saldo (balance) del préstamo (si corresponde)	Cantidad de ingresos
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
TOTALES \$				

- D. ¿Puede vender o liquidar alguno de los recursos enumerados anteriormente?

Sí, explique No

SECCIÓN 6 - INGRESOS MENSUALES DEL HOGAR

Ingrese su salario neto mensual, el de su cónyuge y sus dependientes. Anote la cantidad en la línea 11.A. Si necesita más espacio para las respuestas, utilice la sección "COMENTARIOS" en la página 7.

10. A. ¿Está usted empleado? Sí (proporcione información a continuación) No (vaya a la 10.B)

Nombre, dirección y teléfono del empleador(es): (Escriba "propio" si trabaja por cuenta propia)	Salario neto mensual o ingresos si trabaja por cuenta propia:
---	---

\$

B. ¿Está empleado su cónyuge? Sí No (vaya a la 10.C)
(proporcione información a continuación)

Nombre, dirección y teléfono del empleador(es): (Escriba "propio" si trabaja por cuenta propia)	Salario neto mensual o ingresos si trabaja por cuenta propia:
--	---

\$

C. ¿Alguno de sus dependientes está empleado, incluido el trabajo por cuenta propia?

Sí (proporcione información a continuación) No (vaya a la 11)

Nombres de los dependientes:

Proporcione el salario neto mensual total para los dependientes:

\$ _____

11. Ingreso (Asegúrese de mostrar las cantidades mensuales a continuación)	Ingreso de la persona con el sobrepago	Ingreso del cónyuge de la persona con el sobrepago	Ingreso de los dependientes de la persona con el sobrepago (Total)	
A. Salario neto mensual (de las preguntas 10.A, 10.B y 10.C)	\$	\$	\$	
B. Beneficios del Seguro Social (jubilación, incapacidad, cónyuge sobreviviente, estudiantes, etc.)	\$	\$	\$	
C. Cantidad de pensión (por veterano (VA), militar, servicio civil, ferroviaria, etc.)	TIPO	\$	\$	\$
	TIPO	\$	\$	\$
D. Ingresos de bienes raíces, negocios, etc. (de las preguntas 9.B and 9.C)	\$	\$	\$	
E. Pagos por habitación y/o pensión de una persona que no es un dependiente (de la pregunta 7.B). Escriba la cantidad en la columna de la persona con el sobrepago.	\$	\$	\$	
F. Manutención de niños/ Pensión alimenticia	\$	\$	\$	
G. Apoyo o contribuciones de cualquier persona, agencia u organización.	\$	\$	\$	
H. Ingreso de otros bienes (de la pregunta 8.B)	\$	\$	\$	
I. Otros ingresos (de cualquier fuente, explique en "COMENTARIOS" en la página 7)	\$	\$	\$	
TOTALES:	\$	\$	\$	
Gran Total \$				

SECCIÓN 7 - GASTOS MENSUALES DEL HOGAR

No incluya un gasto que se retenga de su cheque de pago (como seguro médico, manutención de niños, pensión alimenticia, embargos de salarios, etc.) **NOTA ACLARATORIA:** No es necesario que proporcione documentos de respaldo de los gastos del hogar.

	Tipo de gasto	\$ Cantidad mensual
12.	A. Alquiler o Hipoteca (si el pago de la hipoteca incluye impuestos de propiedad u otros impuestos locales, seguros, etc., NO los incluya por segunda vez abajo)	\$
	B. Impuesto sobre la propiedad (estatal y municipal) (si está incluido en el pago de la hipoteca, no lo incluya nuevamente)	\$
	C. Servicios públicos (gas, electricidad, teléfono (celular o de línea fija), internet, recolección de basura, agua, alcantarillado, aceite combustible, propano, carbón, madera, etc.)	\$
	D. Seguros (de vida, salud, contra incendios, para la casa, de inquilino, de vehículo y cualquier otra póliza contra accidentes o de responsabilidad)	\$
	E. Alimentos (comestibles, incluidos alimentos comprados con beneficios SNAP y alimentos en restaurantes, trabajo, etc.)	\$
	F. Artículos para el hogar y el cuidado personal (ropa, artículos de limpieza, artículos de aseo personal, visitas al salón de belleza, artículos para mascotas, etc.)	\$
	G. Gastos de vehículo familiar (préstamo, arrendamiento, gasolina y reparaciones)	\$
	H. Otros tipos de transportación (autobús, taxi, etc.)	\$
	I. Médico/Dental (recetas y equipo médico, si no lo paga el seguro)	\$
	J. Matrícula y gastos escolares	\$
	K. Pagos por orden judicial pagados directamente al tribunal	\$
	L. Pagos con tarjeta de crédito (indique pago mensual mínimo). NO incluya ningún gasto ya mencionado anteriormente	\$
	TOTAL	\$

Si no está pagando sus facturas, explique qué facturas tienen saldos (balances) sin pagar en la sección "COMENTARIOS" a continuación.

SECCIÓN DE COMENTARIOS

Si sus comentarios son la continuación a una respuesta, primero escriba el número (y la letra, si corresponde) de la pregunta.

IMPORTANTE: Revise, llene y firme las declaraciones en las páginas 8 y 9.

A continuación, se muestra una autorización para que la Administración del Seguro Social obtenga la información de su cuenta financiera. Es posible que necesitemos acceder a sus registros financieros para determinar si podemos tomar en cuenta la exención a su sobrepago.

IMPORTANTE: Si la persona que recibe el sobrepago es un menor de edad, un padre o tutor legal debe llenar y firmar el formulario en nombre del menor. Si un tribunal ha asignado a un tutor legal a un adulto, el tutor legal debe llenar y firmar el formulario. Los adultos que no tengan un tutor legal designado por el tribunal deben llenar y firmar el formulario, incluso si tienen un representante de beneficiario.

AUTORIZACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN DEL SEGURO SOCIAL PARA OBTENER LOS REGISTROS DE CUENTAS DE UNA INSTITUCIÓN FINANCIERA Y LA SOLICITUD DE REGISTROS

Por favor, revise lo siguiente, haga su selección y firme abajo:

Entiendo que:

- Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento antes de que se divulgue cualquier registro;
- La Administración del Seguro Social puede solicitar todos mis registros de cualquier institución financiera;
- Cualquier información obtenida se mantendrá confidencial;
- Tengo derecho a obtener una copia del registro que mantiene la institución financiera en relación con los casos en que ha divulgado registros a una autoridad gubernamental, a menos que los registros hayan sido divulgados debido a una orden judicial;
- Esta autorización no es necesaria como condición para hacer trámites con ninguna institución financiera.
- La Administración del Seguro Social solicitará registros para determinar la capacidad de pagar un sobrepago junto con una determinación de exención;
- No proporcionar o revocar mi autorización puede resultar en que la Administración del Seguro Social determine, sobre esa base, que el ajuste o la recuperación del sobrepago no me privará de fondos para pagar mis facturas de comida, ropa, vivienda, atención médica u otros gastos necesarios;
- Esta autorización está vigente hasta lo que ocurra primero entre: 1) una decisión final sobre si el ajuste o la recuperación de mi sobrepago me privaría de fondos para pagar mis facturas de comida, ropa, vivienda, atención médica u otros gastos necesarios; o 2) mi revocación de esta autorización mediante notificación escrita a la Administración del Seguro Social.

Autorizo a cualquier custodio de registros en cualquier institución financiera a divulgar a la Administración del Seguro Social cualquier registro sobre mis transacciones financieras o el de la persona mencionada anteriormente a quien represento legalmente o cuyos beneficios administro.

No autorizo a ningún custodio de registros en ninguna institución financiera a divulgar a la Administración del Seguro Social ningún registro sobre mis transacciones financieras o el de la persona mencionada arriba a quien represento legalmente o cuyos beneficios administro. Entiendo que, si no doy permiso para obtener registros financieros o si cancelo mi permiso, es posible que el Seguro Social no apruebe mi solicitud de exención.

Firma/Autorización del cliente	Dirección postal	Fecha
Firma/Autorización del representante legal	Dirección postal del representante	Fecha

CLÁUSULA DE PENALIDAD, CERTIFICACIÓN Y LEY DE CONFIDENCIALIDAD

Yo declaro bajo pena de perjurio que he examinado toda la información en este formulario, y en cualquier declaración o formulario adjunto, y que es cierta y correcta según mi entender. Yo comprendo que cualquier persona que a sabiendas provea una declaración falsa o engañosa sobre un hecho material en esta información, o cause que otra persona lo haga, comete un delito y puede enfrentar penalidades o encarcelamiento.

FIRMA DE LA PERSONA CON EL SOBREPAGO O EL REPRESENTANTE DE BENEFICIARIO, TUTOR LEGAL O PADRE CON CUSTODIA

Firma (nombre, inicial, apellido)	Fecha (mm/dd/aaaa)	
Número de teléfono de su casa (incluya el código de área)	Número de teléfono móvil	
Dirección postal (número y nombre de la calle, número de apartamento, número de apartado postal o ruta rural)		
Ciudad	Estado	Código postal

SOLO se requieren testigos de la firma si esta declaración ha sido firmada con una marca (X). Si la firma es una marca (X), entonces dos testigos de la firma que conozcan a la persona que firma deben firmar abajo y escribir sus direcciones postales completas.

1. Firma del testigo	2. Firma del testigo
Dirección (número y calle, ciudad, estado y código postal)	Dirección (número y calle, ciudad, estado y código postal)

Ley de Confidencialidad Recopilación y uso de información personal

Las Secciones 204 y 1631 de la *Ley del Seguro Social*, según enmendada, nos permiten recopilar su información o la información que usted envía en nombre de otra persona, que usaremos para tomar una determinación de exención sobre un sobrepago y para autorización para obtener información de la cuenta financiera. Proporcionar esta información es voluntario, pero no proporcionar toda o parte de la información puede impedirnos a ayudarle con la solicitud. Según lo permita la ley, podemos usar y compartir la información que usted envíe, incluso con otras agencias federales, empleadores, contactos de terceros y otros, como se describe en los usos de rutina en *System of Records Notices* (Avisos del sistema de registros [SORN, siglas en inglés]) 60-0094, 60-0103 y 60-0320, disponible en <https://www.ssa.gov/privacy> (solo en inglés). La información que envíe también se puede utilizar en programas de cotejo por computadora para establecer o verificar la elegibilidad para programas de beneficios federales y para recuperar deudas bajo estos programas.

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites - Esta recopilación de información cumple con los requisitos estipulados por el Título 44 del Código de los EE. UU. (U.S.C., siglas en inglés), artículo 3507, según enmendado por la sección 2 de la *Ley de Reducción de Trámites de 1995*. No necesita contestar estas preguntas a menos que mostremos un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto. Calculamos que le tomará aproximadamente 60 minutos leer las instrucciones, recopilar 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 se encuentran enumeradas bajo las agencias gubernamentales de los EE. UU. en su directorio telefónico o puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213 y oprimir el 7 para español (TTY 1-800-325-0778).** *Puede enviar comentarios sobre este cálculo de tiempo o cualquier otro aspecto de esta recopilación, incluidos sugerencias para reducir este tiempo a: SSA, 6401 Security Blvd. Baltimore, MD 21235-6401. Solo envíe comentarios relacionados con nuestro cálculo de tiempo a esta dirección, no el formulario lleno.*