

## Solicitud de exoneración de sobrepago

### Cuándo completar este formulario

Complete 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. Si también cree que cometimos un error cuando decidimos que le pagaron en exceso, o si no está de acuerdo con el monto de su sobrepago, complete también la Solicitud de reconsideración **SSA-561**. Llamamos a esta acción una apelación.

### Cuándo no completar este formulario

- Si no desea solicitar una exención, pero cree que cometimos un error cuando decidimos que le pagaron en exceso, o si no está de acuerdo con el monto de su sobrepago. En su lugar, complete la **SSA-561**, Solicitud de reconsideración.
- Usted está solicitando una audiencia ante un juez de derecho administrativo. En su lugar, complete el formulario **HA-501-U5**, Solicitud de audiencia por el juez de derecho administrativo.
- Solo desea cambiar la cantidad de dinero que debe pagarnos cada mes. En su lugar, complete la forma **SSA-634**, Solicitud de cambio en la tasa de recuperación de sobrepago.
- Ha sido condenado por fraude relacionado con este sobrepago.

## SECCIÓN 1 - PREGUNTAS SOBRE SU IDENTIDAD

**IMPORTANTE:** Por favor conteste las siguientes preguntas lo más completo que pueda y presente cualquier documento de respaldo con su solicitud de exoneración. Si necesita más espacio para las respuestas, use la sección "Comentarios" en la parte inferior de la página 11.

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

Nombre: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Número de reclamación: \_\_\_\_\_

- B. ¿Es usted la persona pagada en excuso?  Sí (pase a 4)  No (pase a 1.C)

- C. Si usted no es la persona pagada en exceso, ¿cuál es su relación con la persona pagada en excuso?

Soy el padre de la persona pagada en exceso.  Soy el representante de la persona pagada en exceso.

Soy el cónyuge de la persona pagada en exceso.  Soy el tutor legal de la persona pagada en exceso.

Otro, por favor explique:

(Las opciones continúan en la página siguiente)

1. D. Si no es la persona pagada en exceso, ¿Cuál es su nombre o el nombre de la organización que representa?

Nombre:

E. Si usted es representante del beneficiario pagado en exceso, ¿era usted el representante del beneficiario cuando se produjo el pago excesivo?  Sí  No

## SECCIÓN 2 - PREGUNTAS PARA EL REPRESENTANTE DE BENEFICIARIO

**IMPORTANTE:** Si fue el representante de beneficiario de la persona con exceso de pago cuando se produjo el sobrepago, complete la Sección 2 según corresponda a usted como representante del beneficiario. De lo contrario, pase a la Sección 4.

2. A. ¿La persona que pagó en exceso estaba viviendo con usted cuando se le pagó en exceso?  Sí  No

B. ¿La persona pagada en exceso vive actualmente con usted?  Sí  No

C. ¿Está solicitando una exención para un menor de edad?  Sí  No

D. ¿Nos informo acerca del cambio o evento que causó el sobrepago?  Sí  No

E. ¿Todavía tiene dinero restante del pago en exceso?

Sí (pase a 2.F)  No (pase a 2.G)

F. ¿Cuánto del dinero pagado en exceso todavía tiene? \$

G. ¿Usó el dinero pagado en exceso para el beneficiario?  Sí  No (pase a 2.H)

H. Eplique cómo uso el dinero pagado en exceso:

## SECCIÓN 3 - SI USTED ES RESPONSABLE DEL SOBREPAGO DE UN MIEMBRO DE LA FAMILIA O DE OTRO INDIVIDUO

**IMPORTANTE:** Si en el aviso de sobrepago le informamos que usted es responsable del sobrepago de un miembro de la familia, complete la Sección 3. De lo contrario, pase a la Sección 4.

3. A. ¿Le informamos en el aviso de sobrepago que usted es responsable de pagar el sobrepago de otra persona?  Sí (pase a 3.B)  No (pase a 4)

B. ¿La persona que pagó en exceso estaba viviendo con usted cuando ocurrió el sobrepago?  Sí  No

C. ¿Recibió una parte del dinero pagado en exceso?  Sí  No

## SECCIÓN 4 - INFORMACIÓN SOBRE RECIBIR EL SOBREPAGO

**IMPORTANTE:** Por favor complete las preguntas 4 a 26 lo más completo que puede. Si está respondiendo las preguntas de otra persona o si está ayudando a alguien a completar el formulario, marque las casillas y responda a cada pregunta según corresponda a la persona con sobrepago.

4. ¿Cuál fue su situación cuando ocurrió el sobrepago? (Marque todo lo que corresponda)

Yo era un niño cuando ocurrió el sobrepago.

Yo era un adulto cuando se ocurrió el sobrepago.

Yo estaba recibiendo beneficios por incapacidad del Seguro Social.

(Las opciones continúan en la página siguiente)

4.	<input type="checkbox"/> Yo estaba recibiendo beneficios de jubilación del Seguro Social. <input type="checkbox"/> Yo estaba recibiendo beneficios del Seguro Social bajo el registro de mis padres. <input type="checkbox"/> Yo estaba recibiendo beneficios del Seguro Social como cónyuge sobreviviente. <input type="checkbox"/> Yo estaba recibiendo los beneficios del Seguro Social como cónyuge. <input type="checkbox"/> Yo estaba recibiendo pagos de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI por sus siglas en inglés). <input type="checkbox"/> Ninguno de los anteriores, por favor explique: _____
5.	¿Cuál es su razón para solicitar una exención? (Marque todo lo que corresponda) A. <input type="checkbox"/> El pago en exceso no fue mi culpa. B. <input type="checkbox"/> No puedo pagar el dinero. C. <input type="checkbox"/> El sobrepago es injusto por otras razones. Por favor explique: _____ D. <input type="checkbox"/> Pensé que todavía tenía una incapacidad que me haría tener derecho para recibir beneficios. Presenté una apelación y cooperé plenamente con el Seguro Social. E. <input type="checkbox"/> Tenía 18 años y recibí el SSI cuando ocurrió el sobrepago. F. <input type="checkbox"/> Ninguno de los anteriores, por favor explique: _____
6.	¿Está solicitando una exención para el monto total de su sobrepago? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7.	¿Ha presentado anteriormente una solicitud de exención para este sobrepago? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
8.	¿Tiene usted el aviso de este sobrepago? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (pase a 11) Si tiene la notificación de este sobrepago, indique la fecha en esa notificación. _____ mm/dd/aaaa
9.	Si tiene la notificación de este sobrepago, proporcione la siguiente información: El primer mes que recibió un pago sobrepago: _____ El último mes que recibió un sobrepago: _____ Si recibió un pago en exceso solo un mes, indique el mes: _____
10.	Si tiene el aviso de este sobrepago, proporcione el monto del sobrepago. \$
11.	¿Cuál fue la causa del sobrepago? (Marque todo lo que corresponda) A. <input type="checkbox"/> Recibí demasiados ingresos. B. <input type="checkbox"/> Mi hogar recibía demasiados ingresos. C. <input type="checkbox"/> Mis recursos estaban por encima de la cantidad de SSI. D. <input type="checkbox"/> Recibí ayuda para comida y refugio. E. <input type="checkbox"/> Recibí más de un pago de beneficios para el mismo mes. F. <input type="checkbox"/> La Administración del Seguro Social determinó que ya no estaba incapacitado. G. <input type="checkbox"/> Mi estado civil cambió. H. <input type="checkbox"/> Recibí compensación de trabajadores. I. <input type="checkbox"/> Estaba en un asilo de ancianos. J. <input type="checkbox"/> Estaba en la cárcel o prisión.

(Las opciones continúan en la página siguiente)

11. K.  Viví fuera de los EE. UU. durante 30 días consecutivos.  
 L.  Mi estado migratorio cambió.  
 M.  Otra persona obtuvo el derecho en el mismo registro.  
 N.  Los honorarios de mi abogado no fueron retenidos de mis beneficios.  
 O.  Ya no era un estudiante.  
 P.  Ya no tenga un hijo menor de 16 años o un niño incapacitado a mi cuidado.  
 Q.  Me pagaron en exceso porque: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 R.  No sé por qué me pagaron demasiado.

12. A. Entiende que debe informarnos los cambios, por ejemplo:
- trabajo
  - matrimonio
  - divorcio
  - cambio de domicilio
  - un cambio en los recursos
  - un cambio en los ingresos
  - un cambio en la asistencia escolar
  - cualquier otro cambio que pueda afectar sus beneficios
- Sí  
 No, explique: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

- B. ¿Hay algo que la impida informarnos sus cambios?
- Sí, explique por favor: \_\_\_\_\_  
 No \_\_\_\_\_

- C. ¿Nos informo acerca del cambio o evento que llevó al sobrepago?
- Sí, por favor marque una o más razones continuación  No, por favor explique:
- Llamé \_\_\_\_\_  
 Envié un fax o carta \_\_\_\_\_  
 Visité una oficina local. \_\_\_\_\_  
 Utilicé informes de salarios electrónicos. \_\_\_\_\_  
 Otra, por favor explique: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Fecha(s) en que nos informó sobre el cambio o evento que llevó al sobrepago:

\_\_\_\_\_

¿Tiene algún documento que indique que nos informó sobre el cambio o evento que llevó al sobrepago?

- Sí, por favor envíelo con su solicitud de exención.  
 No, por favor explique: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

- D. ¿Le han pagado en exceso anteriormente?
- Sí (pase a 12.E)  No (pase a 12.F)

12. E. Si recibió un sobrepago anteriormente, ¿es este sobrepago por el mismo motivo?

Sí

No

No lo se

F. ¿Está recibiendo actualmente alguno de los siguientes? (Marque todo lo que corresponda)

Estoy recibiendo pagos de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).

Estoy recibiendo Ayuda Temporal para Familias Necesitadas (TANF).

Mi número de reclamación es: \_\_\_\_\_

Una pensión del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA) basada en necesidad.

Mi número de reclamación es: \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE:** Si marcó alguna casilla en la pregunta 12.F, vaya a la página 13. Firme, feche, proporcione su dirección y número(s) de teléfono y prueba de que recibe la pensión de TANF o VA, si corresponde. Si esta declaración no se aplica, pase a la pregunta 13.A.

## SECCIÓN 5 - SU ESTADO FINANCIERO

### Documentos para respaldar sus estados de cuenta

**IMPORTANTE:** Para completar las Secciones 5 a 8 de este formulario, debe consultar ciertos documentos para respaldar sus declaraciones. Responda todas las preguntas y envíe cualquier documento de respaldo con su solicitud. Sus documentos de respaldo no deben tener más de 3 meses a partir de la fecha en que solicita una exención. Presentar documentos similares para su cónyuge y sus dependientes. Un dependiente es una persona que depende de usted para la manutención y a quien puede reclamar en su declaración de impuestos.

Ejemplos de documentos de apoyo son:

- Los comprobantes de alquiler o hipoteca
- 2 o 3 facturas de cuentas recientes de servicios públicos, cuentas médicas, tarjeta de crédito y pagos de seguros
- Cheques cancelados
- Estados de cuenta bancarios recientes (cuenta de cheques o ahorros)
- Las colillas o talonarios de pagos como empleado
- Su declaración de impuestos más reciente

Favor de escribir la cantidad de dólares sin centavos - Redondee los centavos al dólar más cercano.

13. A. ¿Todavía tenía algo del dinero pagado en exceso en el momento en que recibió el aviso sobrepago?  Sí Cantidad \$ \_\_\_\_\_ (pase a 13.B)  No (pase a 14)

B. ¿Todavía tiene parte del dinero pagado en exceso?

Sí

Cantidad \$ \_\_\_\_\_

No

(En caso afirmativo, devuelva el dinero a la SSA siguiendo las instrucciones del aviso de sobrepago o comuníquese con la SSA al 1-800-772-1213.)

14. ¿Recibió alguna propiedad inmobiliaria después de recibir el aviso de sobrepago?

Sí (indique el valor)

No

Valor: \$ \_\_\_\_\_

15. A. ¿Regaló alguna propiedad inmobiliaria después de recibir su aviso de sobrepago?

Sí (indique el valor)

No

Valor: \$ \_\_\_\_\_

B. ¿Vendió alguna propiedad inmobiliaria después de recibir su aviso de sobrepago?

Sí (indique el valor)

No

Indique la cantidad que recibió de la venta: \$ \_\_\_\_\_

16. A. ¿Regaló dinero después de recibir el aviso de sobrepago?  
 Sí (indique la cantidad) Cantidad \$ \_\_\_\_\_  No
- B. ¿Alguien le regaló dinero después de que recibió su aviso de sobrepago?  
 Sí (indique la cantidad) Cantidad \$ \_\_\_\_\_  No

### SECCIÓN 6 - MIEMBROS DEL HOGAR

17. A. Si usted es un adulto que solicita una exención, enumere a su cónyuge y dependientes a continuación. Un dependiente es una persona que depende de usted para la manutención y a quien puede declarar como dependiente en su declaración de impuestos.

Si está completando la solicitud de exención para un niño menor de edad, solo proporcione el nombre del niño en la Sección 6 y la información del niño en las Secciones 7, 8 y 9. Si los ingresos y los bienes del niño ayudan con los gastos de alimentos y del hogar, complete las Secciones 6, 7, 8 y 9 con la información de los padres y sus dependientes.

Nombre	Edad	Parentesco

- B. ¿Vive alguien con usted a quien no puede declarar como dependiente en su declaración de impuestos?  Sí  No (pase a 18.A)

En caso afirmativo, ¿esta persona o personas le otorgan dinero para vivir con usted o pagan alguna de las facturas o gastos del hogar?

Sí la cantidad total que recibe \$ \_\_\_\_\_  No

### SECCIÓN 7 - BIENES - COSAS QUE USTED TIENE Y POSEE

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

B. Enumere todas las cuentas financieras para usted, su cónyuge y sus dependientes. Los ejemplos de cuentas que debe incluir incluyen cuentas de cheques, por internet (por ejemplo, PayPal), ahorros, certificado de depósito (CD, por sus siglas en inglés), cuentas de jubilación individuales (IRAs, por sus siglas en inglés), dinero o fondos mutuos, acciones, bonos, fondos fiduciarios, tarjetas de débito prepagas o cualquier otras cuentas.

Tipo de cuenta	Nombre y dirección de la institución	Nombre que aparece en la cuenta	Saldo o valor	Ingresos por mes (intereses o dividendos)	Número de cuenta
<b>TOTALES</b>					

19. A. ¿Es usted, su cónyuge o cualquiera de sus dependientes propietario de más de un vehículo familiar, incluyendo un automóvil, un vehículo utilitario deportivo (SUV), un camión, una camioneta, una caravana, una motocicleta, un bote o cualquier otro vehículo?

Propietario	Año/Marca/Modelos	Valor al presente	Saldo del préstamo (si alguno)	Propósito principal del uso

**VALOR CONTABLE TOTAL \$**

- B. ¿Es usted, su cónyuge o cualquiera de sus dependientes propietario de algún otra propiedad inmobiliaria que no sea en donde vive?

Propietario	Descripción	Valor en el mercado	Saldo del préstamo (si alguno)	Cantidad de ingresos

**TOTALES \$**

- C. ¿Es usted, su cónyuge o cualquiera de sus dependientes es dueño o recibe intereses de algún negocio, propiedad u objetos de valor?

Propietario	Descripción	Valor en el mercado	Saldo del préstamo (si alguno)	Cantidad de ingresos

**TOTALES \$**

## SECTION 8 - MONTHLY HOUSEHOLD INCOME

La siguiente pregunta es sobre ingresos mensuales para llevar a casa. Anote los ingresos suyos, de su cónyuge y de sus dependientes y marque la casilla para ver si el pago se recibe semanalmente, cada 2 semanas, dos veces al mes o mensualmente. Agregue la cantidad mensual en la línea 22 A. Si necesita más espacio para las respuestas, use la sección de "Comentarios" en la parte inferior de la página 11.

20. A. ¿Está usted empleado?  Sí (proporcione información a continuación)  No (pase a 20.B)

Nombre, dirección y teléfono del empleador: (Si trabaja por «cuenta propia» escríbalo)	Ingreso mensuales (netos) para llevar a casa o si trabaja por cuenta propia: \$  <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes
--	---

- B. ¿Está su cónyuge empleado?  Sí (proporcione información a continuación)  No (pase a 20.C)

Nombre, dirección y teléfono del empleador: (Si trabaja por «cuenta propia» escríbalo)	Ingresos mensuales (netos) para llevar a casa o si trabaja por cuenta propia: \$  <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes
--	--

(Las opciones continúan en la página siguiente)

20. C. ¿Alguno de sus dependientes tiene empleo, incluido el trabajo por cuenta propia?  
 Sí (liste abajo)  No (pase a 21)  
 Nombre(s) de los dependientes: \_\_\_\_\_  
 Proporcionar el pago mensual total para los dependientes):  
 \$ \_\_\_\_\_

21. A. ¿Usted, su cónyuge o sus dependientes reciben apoyo o contribuciones de alguna persona, agencia u organización?  Sí (vaya a 21.B)  No (vaya a 22)  
 B. ¿Se recibe el apoyo en virtud de un acuerdo de préstamo?  Sí (vaya a 22)  No (vaya a 21.C)  
 C. ¿Cuánto dinero recibe usted, su cónyuge o sus dependientes cada mes?  
 (Muestre esta cantidad en la línea I de la pregunta 22)

\$	Fuente
----	--------

22. Ingresos (Asegúrese de mostrar las cantidades mensuales a continuación)	Ingreso de la persona con sobre pagado	SSA Use Only (Para uso de SSA)	Ingreso del cónyuge de la persona con sobre pagado	SSA Use Only (Para uso de SSA)	Dependiente(s) de la persona pagada en exceso (Total)	SSA Use Only (Para uso de SSA)
A. Ingresos mensuales para llevar a casa (Netos) (de las preguntas 20.A, 20.B, y 20.C)						
B. Beneficios del Seguro Social (jubilación, incapacidad, cónyuge sobreviviente, estudiantes, etc.)						
C. Beneficios de Seguridad de Ingresos Suplementario (SSI)						
D. Cantidad De Pensión (VA, Militar, Servicio Civil, Ferroviaria, etc.)	TIPO					
	TIPO					
E. Beneficios del Programa de Ayuda Suplementaria de Nutrición (SNAP)						
F. Ingresos de bienes raíces, negocios, etc. (de las preguntas 19.B and 19.C)						
G. Pagos por habitación y/o pensión de una persona que no es un dependiente (de la pregunta 17.B). Ponga la cantidad en la columna de la persona pagada en exceso.						
H. Manutención de niño/Pensión alimenticia						
I. Otra apoyo (de la pregunta 21.C)						
J. Ingresos de activos (de la pregunta 18.B)						
K. Otra (de cualquier fuente, explique en el espacio para comentarios en la página siguiente)						
<b>TOTALES:</b>						

**Suma Total \$**  
**(Agregue todos los TOTALES de los bloques arriba)**

(Las opciones continúan en la página siguiente)



22. COMENTARIOS:

**SECCIÓN 9 - GASTOS MENSUALES DEL HOGAR**

**No incluya** un gasto que se retenga de su cheque de pago (como seguro médico, pensión alimenticia, pensión alimenticia, embargos de salarios, etc.) (Asegúrese de mostrar las cantidades **mensuales** del número 23) Escriba solo las cantidades en dólares enteros y redondee los centavos al dólar más cercano.

<b>Tipo de gasto</b>		<b>CANTIDAD MESUAL \$</b>	<b>SSA Use Only (Para uso de la SSA)</b>
23.	A. Alquiler o Hipoteca (Si el pago de la hipoteca incluye impuestos de propiedad u otros impuestos locales, seguros, etc., <b>NO</b> los incluya por segunda vez abajo)		
	B. Alimento (víveres, incluyendo alimentos comprados con los beneficios de SNAP y las comida en restaurantes, en su trabajo, etc.)		
	C. Servicios públicos (gas, electricidad, teléfono (celular o de línea fija), internet, recolección de basura, agua y alcantarillado)		
	D. Otros combustibles para calefacción/cocinar (aceite combustible, propano, carbón, madera, etc.)		
	E. Ropa		
	F. Artículos para el hogar (artículos de higiene personal, etc.)		
	G. Impuesto sobre propiedad (estatal y local)		
	H. Seguros (de vida, salud, contra incendios, para la casa, de inquilino, de auto, y cualquier otra póliza contra accidentes o de responsabilidad)		
	I. Seguro médico/dental (recetas y equipo médico, si no es pagado por el seguro)		
	J. Pago de préstamo/arrendamiento para vehículo familiar		
	K. Gastos (gas y reparaciones) para vehículo familiar		
	L. Otro transporte (autobús, taxi, etc., utilizado para citas médicas, trabajo u otro viaje necesario)		
	M. Matrícula y gastos escolares		
	N. Orden judicial para hacer pagos directamente a la Corte		
	O. Pagos con tarjeta de crédito (indique pago mensual mínimo). <b>NO</b> incluya ningún gasto ya mencionado anteriormente		
	P. Cualquier gasto que no incluyó anteriormente		
(Las opciones continúan en la página siguiente)		<b>TOTAL</b>	

23.	Comentarios de los gastos (proporcione cualquier información adicional no registrada en la Sección 9).

**SECCIÓN 10 - COMPARACIÓN DE INGRESOS Y GASTOS**

24.	A. Ingresos mensuales Escriba la cantidad aquí de la « <b>Suma Total</b> » del número 22.	\$
	B. Gastos mensuales Escriba la cantidad aquí del « <b>Total</b> » del número 23.	\$
	C. Sume esta cantidad a sus gastos.	
	D. Gastos mensuales ajustados (Sume B y C)	\$
	<b>E. TOTAL</b> (reste D de A)	\$
25.	Si sus gastos en 24.D son mayores que sus ingresos en 24.A, explique cómo está pagando sus facturas. Si no está pagando sus facturas, explique qué facturas tienen saldos impagos.	

**SECCIÓN 11 - PRONÓSTICO FINANCIERO Y DISPONIBILIDAD DE FONDOS**

26.	A. ¿Espera recibir una herencia dentro de los próximos 6 meses?
	<input type="checkbox"/> Sí, explique <input type="checkbox"/> No (pase a 26.B)
B.	Proporcione el total de usted, su cónyuge y los bienes de sus dependientes a partir de las preguntas, 18.A, 18.B, 19.A, 19.B, y 19.C.
	<b>Total \$:</b> _____

(Las opciones continúan en la página siguiente)



A continuación, se encuentra una autorización para que la Administración del Seguro Social obtenga la información de su cuenta financiera. Es posible que tengamos que acceder a sus registros financieros para determinar si podemos exonerar a su sobrepago.

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

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

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

Entiendo:

- Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento antes de que se divulgue cualquier registro;
- La Administración del Seguro Social puede solicitar todos los registros sobre mí a cualquier institución financiera;
- Cualquier información obtenida se mantendrá confidencial;
- Tengo el derecho de obtener una copia del registro que la institución financiera conserva en relación con los casos en que ha divulgado los registros a una autoridad gubernamental, a menos que los registros se divulgaran debido a una orden judicial;
- Esta autorización no se requiere como condición para hacer negocios 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 hacer que la Administración del Seguro Social determine, sobre esa base, que el ajuste o la recuperación del sobrepago no me privará de los fondos para pagar mis facturas por alimentos, ropa, vivienda, atención médica u otros gastos básicos;
- Esta autorización está vigente hasta la primera de las siguientes: 1) una decisión final sobre si el ajuste o la recuperación de mi sobrepago me privaría de los fondos para pagar mis cuentas por alimentos, ropa, vivienda, atención médica u otros gastos necesarios; o 2) mi revocación de esta autorización en una notificación por escrito 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 mi negocio financiero o el de la persona nombrada 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 mi negocio financiero o el de la persona nombrada anteriormente a quien represento legalmente o cuyos beneficios administro. Entiendo que, si no doy permiso para obtener registros financieros o si cancelo mi permiso, la SSA no podrá aprobar mi solicitud de exención.

Firma / Autorización del cliente	Dirección Postal	Fecha
Firma / Autorización del Representante Legal	Dirección postal del representante	Fecha

## CLÁUSULA 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, 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 ser encarcelado o enfrentar otras penalidades o ambas.

### FIRMA DE LA PERSONA CON SOBREPAGO O EL REPRESENTANTE DE BENEFICIARIO

Firma (nombre, inicial, apellido) (escriba con tinta)		Fecha (mes, día, año)
Número de teléfono de su casa (incluya el código de área)	Número de teléfono en el trabajo, si nos permite llamarlo al trabajo (incluya el código de área)	
Dirección postal (número y nombre de la calle, número de apartado postal o ruta rural)		
Ciudad	Estado	Zona Postal

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

Firma del testigo (escriba con tinta)	Firma del testigo (escriba con tinta)
DIRECCIÓN (número y nombre de la calle, ciudad, estado y zona postal)	DIRECCIÓN (número y nombre de la calle, ciudad, estado y zona postal)

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

Las secciones 204, 1631(b) y 1879, de la Ley del Seguro Social, según enmendada, nos autoriza a recopilar esta información. No obstante, el no proveer toda o parte de la información que pedimos nos puede impedir una decisión precisa y oportuna sobre su sobrepago o cambio en la solicitud de tasa de reembolso.

Usamos la información que provee para ningún otro propósito que no sea el de determinar si se puede otorgar una exoneración o un cambio en la cantidad del reembolso de la recuperación de un sobrepago. También podemos compartir su información para los siguientes fines, llamados usos rutinarios:

1. A los estudiantes voluntarios y otros trabajadores, quienes técnicamente no son empleados federales, mientras ellos están trabajando para la SSA, de acuerdo a como la ley lo autorice, y si ellos necesitan acceso a la información de identificación personal de los registros de la SSA para poder desempeñar sus funciones asignadas por la SSA.
2. A los contactos de terceros, tales como agencias de cobro privadas y agencias de informes de crédito bajo contrato con la SSA y otras agencias, incluida la Administración de Veteranos, las Fuerzas Armadas, el Departamento del Tesoro y las agencias estatales de vehículos motorizados, para los fines de su SSA de asistencia en Programa de recuperación de la deuda.

Además, es posible que compartamos esta información en cumplimiento con La Ley de Confidencialidad y otras leyes federales. Por ejemplo, si se autoriza, es posible que usemos y divulguemos esta información usando programas de cotejo de registros por computadora, en los que nuestros registros electrónicos son comparados con otros registros electrónicos 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.

Puede encontrar una lista de los usos rutinarios para esta información en nuestro sistema electrónico «Privacy Act System of Records Notices» (SORN, por sus siglas en inglés) 60-0094, titulado «Recovery Overpayments, Accounting and Reposting/Debt Management System», tal como se publicó en el «Federal Register» (FR, por sus siglas en inglés) el 23 de agosto de 2005, a 70 FR 49354; 60-0231, da derecho a «Financial Transactions of SSA Accounting and Finance Offices»; tal como se publicó en la «FR» el 11 de enero de 2006, en 71 «FR» el 25 de julio de 2006, en 71 «FR» 42159. Puede encontrar información adicional y una lista completa de todos nuestros «SORNs» por internet en [www.ssa.gov/privacy](http://www.ssa.gov/privacy) (solo disponible en inglés).

**Declaración de la Ley de 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 de 1995. No tiene que contestar estas preguntas a menos que le mostremos un número de control de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). Calculamos que le tomará alrededor de 120 minutos leer las instrucciones, reunir los datos y contestar las preguntas. **ENVÍE O LLEVE CON USTED EL FORMULARIO COMPLETADO A SU OFICINA LOCAL DEL SEGURO SOCIAL. Puede encontrar su oficina local del Seguro Social en el sitio de internet de SSA en [www.segurosocial.gov](http://www.segurosocial.gov). Las oficinas también se encuentran en el directorio telefónico bajo Agencias del gobierno de los EE. UU., o puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778). Puede enviar comentarios sobre nuestra estimación de tiempo antes mencionada a: SSA, 6401 Security Blvd. Baltimore, MD 21235-6401. Solo envíe comentarios sobre nuestra estimación de tiempo, no el formulario lleno.**