

## Solicitud de cambio en la tasa de recuperación de sobrepago

### ¿Cuándo completar este formulario?

Complete este formulario si está solicitando que ajustemos la tasa actual de retención para recuperar su sobrepago porque no puede cubrir sus gastos de subsistencia necesarios. Usaremos sus respuestas para decidir si podemos reducir la cantidad que debe reembolsarnos cada mes.

**IMPORTANTE:** Por favor conteste las siguientes preguntas tan completamente como pueda. Si está respondiendo las preguntas de otra persona, marque las casillas y responda cada pregunta según corresponda a la persona que fue pagada en exceso.

### SECCIÓN 1 - PREGUNTAS SOBRE SU IDENTIDAD

1.	<p>A. ¿Cuál es el nombre, el Número de Seguro Social y el número de reclamo (si corresponde) de la persona con el sobrepago?</p> <p>Nombre: _____</p> <table border="1"><tr><td>Número de Seguro Social: (SSN, por sus siglas en inglés): _____</td><td>Número de reclamación: _____</td></tr></table> <p>B. ¿Es la persona pagada en exceso?    <input type="checkbox"/> Sí (vaya a la pregunta 2)    <input type="checkbox"/> No (vaya la pregunta 1.C)</p> <p>C. Si usted no es la persona pagada en exceso, ¿cuál es su relación con la persona pagada en exceso? (Marque todas las que apliquen)</p> <p><input type="checkbox"/> Soy el padre de la persona pagada en exceso.    <input type="checkbox"/> Soy el representante de la persona pagada en exceso.</p> <p><input type="checkbox"/> Soy el cónyuge de la persona pagada en exceso.    <input type="checkbox"/> Soy el tutor legal de la persona pagada en exceso.</p> <p><input type="checkbox"/> Otro, por favor explique: _____ _____ _____</p> <p>D. Si no es la persona pagada en exceso, ¿cuál es su nombre o el nombre de la organización que representa?</p> <p>Nombre: _____</p>	Número de Seguro Social: (SSN, por sus siglas en inglés): _____	Número de reclamación: _____
Número de Seguro Social: (SSN, por sus siglas en inglés): _____	Número de reclamación: _____		
2.	<p>Por favor marque todos los que apliquen:</p> <p><input type="checkbox"/> Estoy recibiendo beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés).</p> <p><input type="checkbox"/> Estoy recibiendo Ayuda Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés).</p> <p><input type="checkbox"/> Recibo una pensión del Departamento de Asuntos de los Veteranos de los EE. UU. (VA, por sus siglas en inglés) basada por necesidad económica.</p> <p><input type="checkbox"/> Estoy recibiendo beneficios de Seguro Social.</p> <p><input type="checkbox"/> No estoy recibiendo beneficios.</p>		
3.	<p>Ingrese el monto total que debe: \$ _____</p>		
4.	<p>Ingrese la cantidad que puede pagar o la cantidad que podamos retener de su pago mensual: \$ _____</p>		

## Su estado de cuenta

### Ejemplos de documentos que puede presentar:

Responda todas las preguntas y envíe cualquier documento de respaldo con su solicitud. Sus documentos de respaldo no deben tener más de 3 meses desde la fecha en que solicita un cambio en la tasa de reembolso.

Ejemplos de documentos de apoyo son:

- Alquiler actual o información de la hipoteca
- 2 o 3 facturas recientes de servicios públicos, médicas, de tarjeta de débito y de seguros
- Cheques cancelados
- Estados de cuenta bancarios recientes (cuenta de cheque o de ahorro)
- Talonarios o colillas de su nómina de sueldos actuales
- Su declaración de impuestos más reciente

Por favor escriba solamente las cantidades en dólares. Redondeé cualquier centavo al dólar más cercano. Si necesita más espacio para las respuestas, use la sección «Comentarios» en la parte inferior de la página 6.

### SECCIÓN 2 - BIENES - COSAS QUE TIENE Y POSEE

5. A. ¿Cuánto dinero tiene en su poder? \$

B. Enumere todas sus cuentas, ejemplos de cuentas que debe incluir son: cuentas de cheques, por internet (por ejemplo, PayPal), ahorros, certificado de depósito (CD), cuentas personales de jubilación (IRAs), dinero o fondos mutuos, acciones, bonos, fideicomisos, tarjetas de débito prepagas o cualquier otra cuenta.

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>					

6. A. ¿Es 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?

Sí (liste todos los vehículos abajo)       No (vaya a 6.B)

Propietario	Año/Marca/Modelo	Valor al presente	Saldo del préstamo (si alguno)	Propósito principal de uso
<b>VALOR CONTABLE TOTAL \$</b>				

(Las opciones continúan en la página siguiente)

6. B. ¿Es usted dueño de algunos otros bienes raíces que no sea en donde vive?

 Sí (liste abajo) No (vaya a 6.C)

Propietario	Descripción	Valor en el mercado	Saldo del préstamo (si alguno)	Cantidad de ingresos
<b>TOTALES \$</b>				

C. ¿Es propietario o tiene interés en algún negocio, propiedad u objetos de valor?

 Sí (liste abajo) No (vaya a 7)

Propietario	Descripción	Valor en el mercado	Saldo del préstamo (si alguno)	Cantidad de ingresos
<b>TOTALES \$</b>				

**SECCIÓN 3 - INGRESOS MENSUALES DEL HOGAR**

La siguiente pregunta es sobre sus ingresos mensuales para llevar a casa. Anote sus ingresos para llevar a casa y marque la casilla para ver si recibe su pago semanalmente, cada 2 semanas, dos veces al mes o mensualmente. Agregue la cantidad mensual en la línea 9.A.

7. ¿Está usted empleado?  Sí (proporcione información a continuación)  No

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: \$

 Semanal Cada 2 semanas Mensual Dos veces al mes

8. A. ¿Recibe apoyo o contribuciones de alguna persona u organización?

 Sí (vaya a la pregunta 8.B) No (vaya a la pregunta 9)

B. ¿Se recibe el apoyo en virtud de un acuerdo de préstamo?

 Sí (vaya a la pregunta 9) No (vaya a la pregunta 8.C)

C. ¿Cuánto dinero recibe cada mes? (Muestre esta cantidad en la línea I de la pregunta 9)

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

Ingresos (Asegúrese de mostrar las cantidades <b>mensuales</b> a continuación)	Sus ingresos	FOR SSA USE ONLY (para uso oficial solamente)
A. Ingresos (netos) mensuales para llevar a casa (de la pregunta 7)		
B. Beneficios del Seguro Social (jubilación, incapacidad, cónyuge sobreviviente, estudiantes, etc.)		
C. Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)		

(Las opciones continúan en la página siguiente)

9.	D. Pensión (es) (VA, servicio militar, servicio civil, ferrocarril, etc.)	Tipo		
		Tipo		
	E. Beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)			
	F. Ingresos de bienes raíces, negocios, etc. (de las preguntas 6.B y 6.C)			
	G. Pagos por habitación y/o pensión de una persona que no es un Dependiente. Explique en la sección de comentarios a continuación.			
	H. Manutención de niños/pensión alimenticia			
	I. Otra manutención (de la pregunta 8.C)			
	J. Ingresos de bienes (de la pregunta 5.B)			
	K. Otro (de cualquier fuente, explique en abajo la sección de comentarios)			
		<b>TOTALES \$</b>		
Comentarios:				

#### SECCIÓN 4 - 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.). (Asegúrese de mostrar los montos **mensuales** promedio en el número 10). Por favor escriba solamente las cantidades en dólares. Redondee cualquier centavo al dólar más cercano.

10.	Tipo de gasto	\$ Por mes	FOR SSA USE ONLY (para uso oficial solamente)
	A. Alquiler o hipoteca (si el pago de la hipoteca incluye impuestos a la propiedad u otros impuestos locales, seguros, etc., <b>NO</b> tiene que mencionarlos abajo)		
	B. Alimentos (comestibles, incluidos los alimentos comprados con los beneficios de SNAP, y alimentos en restaurantes, trabajo, etc.)		
	C. Servicios públicos (gas, electricidad, teléfono (celular o línea), internet, recolección de basura, agua y alcantarillado)		
	D. Otros combustibles para calefacción/cocina (aceite, propano, carbón, madera, etc.)		
	E. Vestimenta		
	F. Artículos para el hogar (artículos de higiene personal, etc.)		
	G. Impuesto de propiedad (estatal y local)		
	H. Seguro (vida, salud, incendio, propietario de vivienda, arrendatario, automóvil y cualquier otra póliza de siniestros o responsabilidad civil)		

(Las opciones continúan en la página siguiente)

10.	I. Médico/Dental (recetas y equipo médico, si no es pagado por el seguro)		
	J. Pago de préstamo/arrendamiento de vehículos		
	K. Mantenimiento del vehículo (gas y reparaciones)		
	L. Otros medios de transporte (autobús, taxi, etc., utilizado para las citas médicas, el trabajo u otros viajes necesarios)		
	M. Matrícula y gastos escolares		
	N. Pagos ordenados por la corte pagados directamente a la corte		
	O. Pagos con tarjeta de crédito (mostrar pago mensual mínimo). <b>NO</b> incluya ningún gasto ya mencionado anteriormente		
	P. Cualquier gasto no mencionado arriba		
	<b>TOTALES</b>		

Comentarios acerca de los gastos: (Por favor, proporcione cualquier información adicional que no esté incluida anteriormente. Además, explique cualquier gasto inusual o muy grande como médico, universidad, etc.)

## SECCIÓN 5 - COMPARACIÓN DE INGRESOS Y GASTOS

11.	A. Su ingreso mensual Escriba aquí la cantidad del " <b>Total</b> " de la pregunta 9.	\$	
	B. Sus gastos mensuales Escriba aquí la cantidad del " <b>Total</b> " de la pregunta 10.	\$	
	C. Total Reste B de A.	\$	

12. Si sus gastos en 11.B son mayores que sus ingresos en 11.A, explique cómo está pagando sus facturas. Si no está pagando sus facturas, explique qué facturas tienen saldos pendientes de pago.

**SECCIÓN 6 - EXPECTATIVA FINANCIERA Y DISPONIBILIDAD DE FONDOS**

13. A. ¿Espera recibir una herencia dentro de los próximos 6 meses?

Sí (Explique en línea abajo)       No (vaya a 13.B)

B. ¿Hay alguna razón por la que **no** pueda convertir el "Saldo o el Valor" de cualquiera de los bienes financieros que se muestran en 5.B, 6.A, 6.B o 6.C a efectivo?

Sí (Explique en línea abajo)       No

C. Indique el total de los bienes 5.A, 5.B, 6.A, 6.B y 6.C

**TOTALES \$:** \_\_\_\_\_

**Comentarios:** Si su respuesta es la continuación a una pregunta, por favor escriba primero el número (y letra, si aplica) de la pregunta.

Multiple horizontal lines for providing comments.

**CLÁUSULA DE PENALIDAD, CERTIFICACIÓN Y  
DECLARACIÓN DE LA 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.

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

Firma (nombre, inicial, apellido) (Escriba con tinta)	FECHA (MM,DD,AAAA)
---	--------------------

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 apartamento, 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.**

1. Firma del testigo (Escriba con tinta)	2. 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. Proveer la información en este formulario es voluntario. Sin embargo, si falla en proveer toda o parte de la información que se solicita, podría impedirnos tomar una decisión correcta y oportuna en la reclamación del solicitante.

Utilizaremos la información para determinar si tiene derecho a beneficios. También podemos compartir su información para los siguientes fines, llamados usos de rutina:

- Para ayudar a empleados de la Administración del Seguro Social (SSA) con el cobro de deudas legales a beneficiarios y representante de beneficiario que han recibido un sobrepago del Seguro Social; y
- A otra agencia federal que ha solicitado a la SSA que efectúe una compensación administrativa de conformidad con la ley común o bajo 31 U.S.C. § 3716 para ayudar a cobrar una deuda contraída con los EE. UU.

También podemos usar la información que nos provea en programas de comparación. Estos programas comparan nuestros registros con los registros que otras agencias federales, estatales o municipales mantienen. La información de estos programas se puede usar para establecer o verificar el derecho de una persona a programas de beneficios financiados o administrados federalmente y para el reembolso de pagos o deudas delincuentes bajo estos programas.

Una lista de usos de rutina adicionales está disponible en nuestro Sistema de Registros de la Ley de Privacidad (SORN por sus siglas en inglés) 60-0094, titulada «Recovery of Overpayments, Accounting and Reporting/Debt Management System», según publicada en el «Federal Register (FR)» el 23 de agosto de 2005, en 70 FR 49354; 60-0231, titulada «Financial Transactions of SSA Accounting and Finance Offices» según publicada en el FR en enero 11 de 2006, en 71 FR 1847; y 60-0320, titulada «Electronic Disability Claims File», según publicada en el FR el 22 de diciembre de 2003, en 68 FR 71210. Información adicional, y una lista completa de SORNs están disponibles por internet en [www.socialsecurity.gov/privacy](http://www.socialsecurity.gov/privacy) (estos sistemas solo están disponibles 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 de 1995. No es requisito que usted conteste estas preguntas a menos que mostremos un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto. Calculamos que se tardará alrededor de 45 minutos para leer las instrucciones, reunir los datos y contestar las preguntas. **Envíe por correo el formulario lleno o llévelo a su oficina local del Seguro Social. Puede encontrar su oficina local del Seguro Social por internet en [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov). Encontrará las direcciones de las oficinas locales en su 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 la estimación de tiempo antes mencionado a: SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD 21235-6401. **Solo** envíe comentarios sobre nuestra estimación de tiempo, no el formulario lleno.*

---