

SOLICITUD PARA BENEFICIOS DE SEGURO DE PADRES*

(No escriba en este espacio)

Yo solicito todos los beneficios de seguro a los cuales tengo derecho bajo el Título II (Seguro Federal de Jubilación, Sobrevivientes e Incapacidad) y la parte A del Título XVIII (Seguro de Salud para los ancianos e incapacitados) de la Ley del Seguro Social, según actualmente enmendada.

*Ésta también puede considerarse una solicitud para beneficios de sobrevivientes bajo la Ley de Retiro Ferroviario y para pagos de la Administración de Veteranos, según el título 38 U.S.C., Beneficios de Veteranos, Capítulo 13 (que constituye como tal, una solicitud para otros tipos de beneficios de fallecimiento bajo el título 38). Para información adicional acerca de esta solicitud, una hoja informativa para el Formulario SSA-7 está disponible en www.segurosocial.gov.

1.	(a) Escriba en LETRA DE MOLDE el nombre del difunto trabajador asalariado o trabajador por cuenta propia (de aquí en adelante le llamaremos «persona fallecida»).	NOMBRE, INICIAL, APELLIDO	
	(b) Marque con una «X» para la persona fallecida.	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer
	(c) Escriba el número de Seguro Social de la persona fallecida.		
2.	(a) Escriba su nombre en LETRA DE MOLDE	NOMBRE, INICIAL, APELLIDO	
	(b) Escriba su número de Seguro Social.		
	(c) Escriba su nombre al nacer si es diferente al de la pregunta número 2(a).		
3.	(a) ¿Estuvo usted recibiendo por lo menos la mitad de su manutención de la persona fallecida al momento que la persona se incapacitó bajo la Ley del Seguro Social o al momento de fallecer?	<input type="checkbox"/> Sí (Si la respuesta es «Sí», conteste (b).)	<input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es «No», siga a la pregunta 4.)
	(b) ¿Ha proveído usted prueba de esta manutención a la Administración del Seguro Social?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

PARTE 1 – INFORMACIÓN SOBRE LA PERSONA FALLECIDA

4.	Escriba la fecha de nacimiento de la persona fallecida.	MES, DÍA, AÑO	
5.	(a) Escriba la fecha de fallecimiento.	MES, DÍA, AÑO	
	(b) Escriba el lugar de fallecimiento.	CIUDAD Y ESTADO	
6.	(a) ¿Presentó alguna vez la persona fallecida una solicitud para beneficios de Seguro Social, un período de incapacidad bajo el Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario, o seguro de hospital o médico bajo Medicare?	<input type="checkbox"/> Sí (Si la respuesta es «Sí», conteste (b) y (c).)	<input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es «No» o «No sé», siga a la pregunta 7.)
	(b) Escriba el nombre de la persona en cuyo registro de Seguro Social se presentó la otra solicitud.	NOMBRE, INICIAL, APELLIDO	
	(c) Escriba el número de Seguro Social de la persona nombrada en (b), (si «No lo sabe», indíquelo).		

Conteste la pregunta 7 SOLAMENTE si la persona fallecida murió antes de la plena edad de jubilación o antes de un año después de cumplir la plena edad de jubilación, y dentro de los últimos 4 meses.

7.	(a) ¿La persona fallecida no pudo trabajar debido a un padecimiento médico al momento de fallecer?	<input type="checkbox"/> Sí (Si la respuesta es «Sí», conteste (b).)	<input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es «No», siga a la pregunta 8.)
	(b) Escriba la fecha en que la incapacidad comenzó.	MES, DÍA, AÑO	

8.	(a) ¿Estuvo la persona fallecida en el servicio activo militar o de la marina (incluyendo el servicio activo en la Guardia Nacional o Reserva o servicio activo para adiestramiento) después del 7 de septiembre del 1939 y antes del 1968?	<input type="checkbox"/> Sí (Si la respuesta es «Sí», conteste (b) y (c).)	<input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es «No», siga a la pregunta 9.)
	(b) Escriba las fechas de servicio militar.	Desde: (Mes, Año)	Hasta: (Mes, Año)
	(c) ¿Ha recibido, o espera recibir, un beneficio de alguna otra agencia federal?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Conteste la pregunta 9 SOLAMENTE si fallecimiento ocurrió en los últimos 2 años.

9.	(a) ¿Aproximadamente cuánto ganó la persona fallecida de trabajo y de trabajo por cuenta propia durante el año en que falleció?	CANTIDAD \$	<input type="checkbox"/> No sé
	(b) ¿Aproximadamente cuánto ganó la persona fallecida el año antes de su fallecimiento?	CANTIDAD \$	<input type="checkbox"/> No sé
10.	(a) ¿Tuvo la persona fallecida salarios, o ingreso de trabajo por cuenta propia cubiertos bajo el Seguro Social todos los años desde 1978 hasta el año pasado?	<input type="checkbox"/> Sí (Si la respuesta es «Sí», siga a la pregunta 11.)	<input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es «No», conteste (b).)
	(b) Indique los años desde el 1978 hasta el año pasado en que la persona fallecida no tuvo salarios o ingresos de trabajo por cuenta propia cubiertos bajo el Seguro Social.		
11.	Indique si le corresponde: <input type="checkbox"/> No estoy presentando prueba de las ganancias de la persona fallecida que no están todavía en su registro de ganancias. Entiendo que estas ganancias serán incluidas automáticamente dentro de 24 meses, y cualquier aumento en mis beneficios será pagado en su plenitud retroactivamente.		

PARTE 2 – INFORMACIÓN SOBRE USTED

12.	(a) Escriba su fecha de nacimiento.	MES, DÍA, AÑO	
	(b) Escriba el nombre del estado o país extranjero donde usted nació.		
Si usted ya ha presentado, o está ahora presentando, un registro público o religioso de su nacimiento establecido antes de cumplir los 5 años de edad, siga a la pregunta 13.			
	(c) ¿Se hizo un registro público de su nacimiento antes de que usted cumpliera los 5 años de edad?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
	(d) ¿Se hizo un registro religioso de su nacimiento antes de que usted cumpliera los 5 años de edad?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
13.	(a) ¿Se ha casado usted después del fallecimiento de la persona fallecida?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	(b) Escriba continuación la información que se pidió acerca del matrimonio.		
	Con quién se casó	Cuándo (Mes, día, año)	Dónde (Nombre de la ciudad y del estado)
	Cómo terminó el matrimonio (Si todavía está en efecto, escriba «no ha terminado»)	Cuándo (Mes, día, año)	Dónde (Nombre de la ciudad y del estado)
	El matrimonio fue oficiado por: <input type="checkbox"/> Clérigo u oficial público <input type="checkbox"/> Otro (Explíquelo en «Comentarios»)	Fecha de nacimiento del cónyuge (o edad)	Si el cónyuge falleció, indique la fecha de defunción
Número de Seguro Social del cónyuge (Si «Ninguno» o «se desconoce», así indíquelo)			
14.	(a) ¿Ha presentado usted alguna vez una solicitud para beneficios del Seguro Social, un período de incapacidad bajo el Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario, o seguro médico o de hospital bajo Medicare?	<input type="checkbox"/> Sí (Si la respuesta es «Sí», conteste (b) y (c).)	<input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es «No», siga a la pregunta 15.)

	(b) Escriba el nombre de la persona en cuyo registro de Seguro Social usted presentó la otra solicitud.	
	(c) Escriba el número de Seguro Social de la persona mencionada en (b). (Si «No lo sabe»,indíquelo.)	
15.	¿Estuvo usted en el servicio activo militar o de la marina (incluyendo el servicio activo en la Guardia Nacional o Reserva o servicio activo para adiestramiento) después del 7 de septiembre de; 1939 y antes del 1968?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
16.	¿Ha trabajado usted, su cónyuge, o la persona fallecida en la industria ferroviaria por 5 años o más?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
17.	(a) Tiene usted créditos de Seguro Social (por ejemplo, basados en trabajo o residencia) bajo un sistema de seguro social de otro país?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es «No», siga a la pregunta 18.)
	(b) Indique el país o países.	(Si la respuesta es «Sí»,conteste (b).)

Conteste la pregunta 18 SOLAMENTE si el fallecimiento ocurrió antes de este año.

18.	(a) ¿Cuánto fue el total de sus ganancias el año pasado?	\$																				
	(b) Escriba una «X» en cada encasillado por CADA MES del año pasado en que usted no ganó más de *\$_____ en salarios, y no desempeñó servicios sustanciales en trabajo por cuenta propia. Estos meses son meses exentos. Si ninguno de los meses fue mes exento, escriba una «X» en «NINGUNO». Si todos los meses fueron meses exentos, escriba una «X» en «TODOS».	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">NINGUNO</td> <td colspan="2">TODOS</td> </tr> <tr> <td>ENE.</td> <td>FEB.</td> <td>MAR.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ABR.</td> <td>MAY.</td> <td>JUN.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>JUL.</td> <td>AGO.</td> <td>SEP.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>OCT.</td> <td>NOV.</td> <td>DIC.</td> <td></td> </tr> </table>	NINGUNO		TODOS		ENE.	FEB.	MAR.		ABR.	MAY.	JUN.		JUL.	AGO.	SEP.		OCT.	NOV.	DIC.	
NINGUNO		TODOS																				
ENE.	FEB.	MAR.																				
ABR.	MAY.	JUN.																				
JUL.	AGO.	SEP.																				
OCT.	NOV.	DIC.																				
	*Escriba el límite mensual apropiado después de leer las instrucciones, « <u>Cómo sus ganancias afectan sus beneficios</u> ».																					
19.	(a) ¿Cuánto espera que sea el total de sus ganancias este año?	\$																				
	(b) Escriba una «X» en cada encasillado por CADA MES de este año en que usted no ganó o no ganará más de *\$_____ en salarios, y no desempeñó o no desempeñará servicios sustanciales en trabajo por cuenta propia. Estos meses son meses exentos. Si ninguno de los meses es o será mes exento, escriba una «X» en «NINGUNO». Si todos los meses son o serán meses exentos, escriba una «X» en «TODOS».	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">NINGUNO</td> <td colspan="2">TODOS</td> </tr> <tr> <td>ENE.</td> <td>FEB.</td> <td>MAR.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ABR.</td> <td>MAY.</td> <td>JUN.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>JUL.</td> <td>AGO.</td> <td>SEP.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>OCT.</td> <td>NOV.</td> <td>DIC.</td> <td></td> </tr> </table>	NINGUNO		TODOS		ENE.	FEB.	MAR.		ABR.	MAY.	JUN.		JUL.	AGO.	SEP.		OCT.	NOV.	DIC.	
NINGUNO		TODOS																				
ENE.	FEB.	MAR.																				
ABR.	MAY.	JUN.																				
JUL.	AGO.	SEP.																				
OCT.	NOV.	DIC.																				
	*Escriba el límite mensual apropiado después de leer las instrucciones, « <u>Cómo sus ganancias afectan sus beneficios</u> ».																					

Conteste esta pregunta SOLAMENTE si usted está en los últimos 4 meses de su año tributable (septiembre, octubre, noviembre y diciembre, si su año tributable es un año calendario).

20.	(a) ¿Cuánto espera ganar el próximo año?	\$																				
	(b) Escriba una «X» en cada encasillado por CADA MES del próximo año en que usted no espera a ganar más de *\$_____ en salarios, y no espera a desempeñar servicios que ninguno de los meses sea mes exento, escriba una «X» en «NINGUNO». Si espera que sustanciales en trabajo por cuenta propia. Estos meses serán meses exentos. Si no espera todos los meses sean meses exentos, escriba una «X» en «TODOS».	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">NINGUNO</td> <td colspan="2">TODOS</td> </tr> <tr> <td>ENE.</td> <td>FEB.</td> <td>MAR.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ABR.</td> <td>MAY.</td> <td>JUN.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>JUL.</td> <td>AGO.</td> <td>SEP.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>OCT.</td> <td>NOV.</td> <td>DIC.</td> <td></td> </tr> </table>	NINGUNO		TODOS		ENE.	FEB.	MAR.		ABR.	MAY.	JUN.		JUL.	AGO.	SEP.		OCT.	NOV.	DIC.	
NINGUNO		TODOS																				
ENE.	FEB.	MAR.																				
ABR.	MAY.	JUN.																				
JUL.	AGO.	SEP.																				
OCT.	NOV.	DIC.																				
	*Escriba el límite mensual apropiado después de leer las instrucciones, « <u>Cómo sus ganancias afectan sus beneficios</u> »																					
21.	Si usted usa un año fiscal, es decir, un año tributable que no termina el 31 de diciembre (con una declaración de impuestos que vence el 15 de abril), indique aquí el mes en que termina su año fiscal.	MES																				

INFORMACIÓN SOBRE MEDICARE

Si se aprueba esta reclamación y todavía tiene derecho a beneficios a los 65 años de edad o se encuentra dentro de 3 meses de cumplir los 65 años o mayo, usted recibiría automáticamente cobertura de Medicare Parte A (seguro de hospital) y Medicare Parte B (seguro médico) a los 65 años. Si no tiene derecho a la inscripción automática de Medicare Parte B, necesitará comunicarse con el Seguro Social para pedir la inscripción.

Complete la pregunta número 22 SOLAMENTE si se encuentra dentro de 3 meses de cumplir los 65 años o mayor

La Parte B de Medicare (seguro médico): ayuda a cubrir los servicios de doctor y de paciente ambulatorio. También cubre otros servicios que Medicare Parte A no cubre, tales como algunos de los servicios proveídos por terapeutas físicos y ocupacionales y algunos cuidados de salud en el hogar. Si se inscribe en Medicare. Una vez que esté inscrito en Medicare Parte B, usted tendrá que pagar una prima mensual. La fecha en que comienza Medicare Parte B y la cantidad de la prima que tiene que pagar dependen en el mes en que usted someta esta solicitud con la Administración del Seguro Social. En algunos casos, su prima puede ser más alta según la información que recibamos sobre sus ingresos del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés). Sus primas serán descontadas de cualquier cheque de beneficio mensual que usted recibe de Seguro Social, jubilación ferroviaria, u Oficina de Administración de Personal. Si usted no recibe dichos beneficios, se le avisará cómo pagar sus primas. Se le notificará por adelantado si hay algún cambio en la cantidad de su prima.

Penalidad por inscripción tardía

Si no se inscribe en la Parte B cuando tiene derecho a Medicare por primera vez, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía durante el tiempo que tenga la Parte B. Su prima mensual para la Parte B puede aumentar un 10% por cada periodo de 12 meses completos en que pudo haber tenido la Parte B, pero no se inscribió en ella. Además, es posible que deba esperar hasta el Período de inscripción general (del 1 de enero al 31 de marzo) para inscribirse en la Parte B, y la cobertura comenzará el 1 de julio de ese año.

También puede inscribirse en el plan de medicamentos recetados de Medicare (Parte D). Para informarse mejor acerca de los planes de medicamentos recetados de Medicare y cuándo puede inscribirse, visite www.medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY 1-877-486-2048). Un agente de Medicare también puede decirle acerca de las agencias en su área que pueden ayudarle a elegir su cobertura de medicamentos recetados.

Si tiene ingresos y recursos limitados, le animamos a que solicite para el Beneficio Adicional que está disponible para ayudarle con sus gastos de medicamentos recetados de Medicare. El Beneficio Adicional puede pagar las primas mensuales, deducibles anuales y los copagos de medicamentos recetados. Para informarse mejor o para solicitar, por favor visite www.segurosocial.gov, llame al 1-800-772-11213 (TTY 1-800-325-0778) o visite la oficina de Seguro Social más cercana.

22. ¿ Quiere inscribirse en Medicare Parte B (Seguro Médico)? Sí No
 Seleccione «No» si ya está inscrito bajo su propio número de Seguro Social.

COMENTARIOS (Puede usar este espacio para cualquier explicación. Si necesita más espacio, adjunte una hoja suelta.)

Yo declaro bajo pena de perjurio que he examinado toda la información en este formulario y en cualquier documento o declaración, y que es cierta y está correcta según mi mejor entendimiento. Yo entiendo que cualquiera que haga o cause que se haga una declaración falsa o engañosa de hechos materiales en esta información comete un delito y puede ser enviado a prisión, o enfrentar otras penalidades, o ambos.

FIRMA DEL SOLICITANTE

Fecha (Mes, día, año)

Firma (Nombre, Inicial, Apellido) (Firme con tinta.)

Número(s) de teléfono diurno en (los) que nos podamos comunicar con usted

(CÓDIGO DE ÁREA)

PARA USO OFICIAL SOLAMENTE

Dirección de pago para depósito directo (Institución financiera)

Número bancario de ruta

C/A

Número de cuenta

 Ninguna cuenta bancaria Depósito directo rechazado

Dirección Postal del Solicitante (Número y calle, número de apartamento, apdo. postal, o ruta rural) (Escriba la dirección de su residencia en "Comentarios", si es distinta.)

Ciudad y Estado

Zona Postal

Condado (si alguno) donde reside actualmente

Se requieren testigos SOLAMENTE si esta solicitud ha sido firmada con una (X). Si fue firmada con una (X), dos testigos que conocen al solicitante deben firmar más abajo, 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 y calle, ciudad, estado, y zona postal)

Dirección (Número y calle, ciudad, estado, y zona postal)

Recopilación y Uso de la Información de su Solicitud - Aviso de la Ley de Confidencialidad/Ley de Reducción de Trámites

Las secciones 202, 205, 223, 226, y 806 de la Ley del Seguro Social, según enmendada, nos autoriza a recopilar la información en este formulario. Proporcionarnos esta información es voluntario. Sin embargo, si no provee toda o parte de la información puede impedirnos tomar una decisión precisa y a tiempo sobre su derecho a pagos de beneficios del Seguro Social.

Usaremos la información en este formulario para determinar si tiene derecho a beneficios de Seguro Social. También podemos compartir su información para los siguientes propósitos, llamados usos rutinarios:

- A agencias federales, estatales o locales (o agentes representándolos) para administrar el mantenimiento de los ingresos o programas de mantenimiento de la salud (incluyendo los programas bajo la Ley de Seguro Social). Dichas divulgaciones incluyen, entre otras, la divulgación de información a: la Junta de Retiro Ferroviario para administrar las disposiciones de la Ley de Retiro Ferroviario relacionadas con el empleo ferroviario; para administrar la Ley de Seguro de Desempleo Ferroviario y para administrar disposiciones de la Ley de Seguro Social relacionadas con el empleo ferroviario; y el Departamento de Asuntos de Veteranos por administrar 38 U.S.C. 1312, y cuando se solicite, para determinar la elegibilidad para, o la cantidad de, beneficios de veteranos o la verificación de otra información con respecto a ellos de conformidad con 38 U.S.C. 5106; y
- A los contratistas y otras agencias federales, según sea necesario, con el fin de ayudar a la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) en la administración eficiente de sus programas. Usaremos la información bajo el uso rutinario solo en situaciones en las que la SSA pueda obtener un acuerdo contractual o similar con un tercero para ayudar a cumplir una función de la agencia relacionada con este sistema de registros.

Además, podemos compartir esta información de acuerdo con la Ley de Privacidad y otras leyes federales. Por ejemplo, cuando esté autorizado, podemos usar y divulgar esta información cuando comparamos registros por computadora en los cuales se usan para establecer o comprobar si una persona tiene derecho a beneficios pagados o administrados por el gobierno federal y para el reembolso de pagos o deudas delincuentes bajo estos programas.

Una lista de usos rutinarios adicionales está disponible en nuestro Sistema de Registros de Avisos de la Ley de Confidencialidad (SORN, por sus siglas en inglés) 60-0059, el Sistema de Registro de Ganancias e Ingresos de Trabajo Por Cuenta Propia., tal como se publicó en el Registro Federal (FR por sus siglas en inglés) el 11 de enero de 2006, a los 71 FR 1819; 60-0089, titulado Sistema de Registro de Reclamaciones, publicado en la FR el 1 de abril de 2003, en 68 FR 15784; 60-0090, titulado Registro Maestro de Beneficiarios, publicado en la FR el 11 de enero de 2006, en 71 FR 1826; y 60-0321, titulada Sistema de Datos de Medicare, publicada en la FR el 25 de julio de 2006, en 71 FR 42159. Puede encontrar información adicional y una lista completa de todos nuestros SORN en nuestro sitio de internet en www.ssa.gov/privacy/

Ley De Reducción Trámites: Esta recopilación de información cumple con los requisitos de aprobación de la sección 44 U.S.C. § 3507 según enmendada por la Sección 2 de la Ley de Reducción de Trámites del 1995. No tiene que contestar 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 le tomará aproximadamente 3 minutos para leer las instrucciones, reunir los datos y contestar las preguntas. Solo envíe comentarios sobre nuestra estimación de tiempo a: SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD 21235-6401.

RECIBO DE SU RECLAMACIÓN DE SEGURO SOCIAL PARA RECIBIR BENEFICIOS DE SEGURO DE PADRES

NÚMEROS TELEFÓNICOS PARA LLAMAR SI TIENE PREGUNTAS O ALGO QUE INFORMAR	ANTES DE RECIBIR UN AVISO DE APROBACIÓN	OFICINA DEL SEGURO SOCIAL	FECHA DE RECIBO DE SU RECLAMACIÓN
	(CÓDIGO DE ÁREA)		
	DESPUÉS DE RECIBIR UN AVISO DE APROBACIÓN		
	(CÓDIGO DE ÁREA)		

Su solicitud para beneficios de Seguro Social ha sido recibida y será procesada lo más pronto posible.

que nos haya dado toda la información que le pedimos. Algunas Usted debe recibir noticias de nosotros dentro de _____ días después reclamaciones pueden tardar más si se necesita información adicional. Mientras tanto, si usted cambia de dirección, o si hay algún otro

cambio que podría afectar su reclamación, usted, o alguien que lo represente, debe informar el cambio. Los cambios que deben ser informados están enumerados a continuación.

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

Con mucho gusto le ayudaremos si tiene preguntas sobre su reclamación.

RECLAMANTE	NÚMERO DE RECLAMACIÓN DE SEGURO SOCIAL

NOMBRE DE LA PERSONA FALLECIDA (Si el apellido es diferente al del reclamante).

CAMBIOS QUE DEBEN SER INFORMADOS Y CÓMO INFORMARLOS

NEGLIGENCIA EN INFORMAR PUEDE RESULTAR EN SOBREPAGOS QUE TENDRÍAN QUE SER REEMBOLSADOS Y EN POSIBLES MULTAS.

- Usted cambia su dirección residencial o postal para cheques o residencia. (Para evitar demoras en el recibo de cheques TAMBIÉN debería presentar una notificación de cambio de dirección con su oficina postal.)
- Usted tiene una orden de detención pendiente por violar su libertad vigilada o condicional bajo la ley federal o estatal.
- Su ciudadanía o estado inmigratorio cambia.
- Usted viaja fuera de los EE. UU. por 30 días consecutivos o más.
- Cualquier beneficiario fallece o queda incapacitado para administrar los beneficios.
- Cambios de trabajo - en su solicitud usted nos dijo que espera ganancias totales para el año _____ de \$ _____.

- Cambio en el estado civil - matrimonio, divorcio, anulación de matrimonio. Tiene que informar el matrimonio aunque piense que existe una excepción.
- Cambio de custodia - Informe si una persona para quien está solicitando o que está bajo su cuidado fallece, deja de estar bajo su cuidado o custodia, o cambia de dirección.

TRABAJO Y GANANCIAS

Para aquellas personas menores de la plena edad de jubilación, la ley requiere que se presente un informe de ganancias con la Administración del Seguro Social dentro de 3 meses y 15 días después del final de cualquier año tributable en el que gane más de la cantidad anual exenta. Puede comunicarse con la Administración del Seguro Social para presentar el informe. De otro modo, la Administración del Seguro Social usará las ganancias informadas por su(s) empleador(es) y su declaración de impuestos de trabajo por cuenta propia (si aplica) como el informe de ganancias requerido por ley y ajustará los beneficios bajo el límite de ganancias. Es su responsabilidad asegurar que la información que dé con respecto a sus ganancias sea correcta. Tiene que proveer información adicional según sea necesario cuando el ajuste de su beneficio no esté correcto basado en las ganancias en su registro.

CÓMO INFORMAR

Usted puede hacer sus informes por teléfono, correo, o en persona, según lo prefiera. Si aprueban sus beneficios, y uno o más de los cambios mencionados ocurren, debe informarlos:

- Usted está confinado a una cárcel, prisión, o institución penal o correccional por más de 30 días consecutivos por una condena de un crimen o está confinado por más de 30 días consecutivos en una institución pública por una orden judicial en conexión con un crimen.
- Tiene un delito grave o una orden de arresto no satisfecha por más de 30 días consecutivos para el vuelo para evitar el enjuiciamiento o el confinamiento, el escape de la custodia o el escape del vuelo.

- Llamándonos GRATIS al 1-800-772-1213; o
- 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 de Seguro Social al teléfono y dirección que aparece en su recibo de reclamación

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