

## Solicitud para un *Estado de cuenta del Seguro Social*

Dentro de cuatro a seis semanas después de que envíe este formulario, le enviaremos:

- un registro de su historial de ganancias;
- una estimación de cuanto ha pagado en impuestos al Seguro Social; y
- cálculos de los beneficios para los que usted (y su familia) pueden tener derecho ahora y en el futuro.

**Tenga en cuenta: Si ha recibido periódicamente *Estados de cuenta del Seguro Social* por correo, esta solicitud puede detener su próximo envío por correo programado.**

Esperamos que el *Estado de cuenta* le resulte útil para planificar su futuro financiero. Recuerde, el Seguro Social es más que un programa para personas jubiladas. El Seguro Social está consigo durante el sendero de la vida. Por ejemplo, puede ayudar a mantener a su familia cuando fallece y pagarle beneficios si sufre una incapacidad grave.

Si tiene preguntas sobre el Seguro Social o este formulario, llame a nuestro número gratuito, **1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778)**

Por favor marque esta casilla si desea obtener su *Estado de cuenta* en español en lugar de en inglés.

Por favor imprima o escriba sus respuestas. Cuando haya completado el formulario, envíelo por correo a:

**Social Security Administration  
Wilkes Barre Direct Operations Center P.O. Box 7004  
Wilkes Barre, PA 18767-7004**

1. Nombre que aparece en su tarjeta de Seguro Social:

Nombre:

Inicial del segundo nombre:

Apellido:

2. Su número de Seguro Social como se muestra en su tarjeta:

- -

3. Su fecha de nacimiento

/ /

4. Otros números de Seguro Social que ha usado:

- -

- -

5. Su sexo:  Masculino  Femenino

**Para los artículos 6 y 8, muestre solo los ingresos cubiertos por el Seguro Social. NO incluya salarios de empleo en el gobierno estatal, municipal o federal que NO estén cubiertos por el Seguro Social o que estén cubiertos ÚNICAMENTE por Medicare.**

6. Muestre sus ganancias actuales (salarios y / o ingresos netos de trabajo por cuenta propia) del año pasado y sus ganancias estimadas para este año.

A. Ingresos reales del año pasado: \$ . 0 0 (Dólares solamente)

B. Ingresos estimados de este año: \$ . 0 0 (Dólares solamente)

7. Muestre la edad a la que planea dejar de trabajar:

(muestre solo una edad)

8. A continuación, muestre la cantidad anual promedio (no sus ganancias totales futuras de por vida) que cree que ganará desde ahora hasta el momento en que planea dejar de trabajar. Incluya aumentos de salario o bonificaciones por desempeño o programadas, pero no aumentos por costo de vida.

Si espera ganar significativamente más o menos en el futuro debido a promociones, cambios de trabajo, trabajo a tiempo parcial o una ausencia de la fuerza laboral, ingrese la cantidad que refleje más fielmente sus ganancias anuales promedio futuras.

Si no espera ningún cambio significativo, muestre la misma cantidad que está ganando ahora (la cantidad en 6B).

Ganancias anuales promedio futuras: \$  . 0 0 (Dólares solamente)

9. ¿Quiere que le enviemos el *Estado de cuenta*?:

- ¿Para usted? Ingrese su nombre y dirección postal.
- ¿Para otra persona (su contador, plan de pensiones, etc.)? Ingrese su nombre con «destinatario (c/o)» y el nombre y la dirección de esa persona u organización.

**«Destinatario (C/O)» o dirección postal (Incluya el número de apartamento, apartado postal, ruta rural)**

**Dirección**

**Dirección (Si es una dirección en el extranjero, ingrese la ciudad, provincia, código postal)**

**Ciudad, estado, código postal de EE. UU. (Si es una dirección en el extranjero, ingrese solo el nombre del país)**

**AVISO:**

Estoy solicitando información sobre mi propio registro de Seguro Social o el registro de una persona a la que estoy autorizado a representar. Declaro bajo pena de perjurio que he examinado toda la información en este formulario y en cualquier declaración o formulario adjunto, y es verdadera y correcta a mi mejor entender. Le autorizo a usar un contratista para enviar el *Estado de cuenta del Seguro Social* a la persona y la dirección en la sección 9.

Por favor firme su nombre (no en letra de molde)

(Código de área) Número de teléfono diurno

Fecha

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

Las secciones 205 (a), 205 (c)(2)(A) y 1143 (a)(2) de la Ley del Seguro Social, según enmendada, nos autoriza a recopilar la información solicitada. Proporcionarnos esta información es voluntaria. Sin embargo, no proporcionar toda o parte de la información puede impedir la emisión de un *Estado de cuenta del Seguro Social*.

Usaremos la información para identificar con precisión su registro de ganancias del Seguro Social, extraer el historial de ganancias registrado, y producir el *estado de cuenta* solicitado. También podemos compartir su información para los siguientes propósitos, llamados usos de rutina:

1. A agencias federales, estatales o municipales con el propósito de validar los números de Seguro Social usados para administrar programas de mantenimiento de la salud o mantenimiento de ingresos en efectivo o no monetarios; y
2. A agencias federales, estatales o municipales para determinar el tener derecho de los solicitantes extranjeros para los programas de beneficios.

Además, podemos compartir esta información de acuerdo con la *Ley de Confidencialidad* y otras leyes federales. Por ejemplo, cuando esté autorizado, podemos usar y divulgar esta información en programas de cotejo, en los que nuestros registros se comparan con otros registros para establecer o verificar el tener derecho de una persona para programas de beneficios federales y para el pago de deudas incorrectas o delincuentes bajo estos programas.

Una lista de usos rutinarios adicionales está disponible en nuestro Sistema de Avisos de Registros de la Ley de Confidencialidad (SORNs) 60-0059, titulado, «Earnings Recording and Self-Employment Income System», y 60-0224, titulado «SSA-Initiated Personal Earnings and Benefit Estimate Statement». Información adicional y una lista completa de todos nuestros SORN están disponibles en nuestro sitio de internet en [www.socialsecurity.gov/foia/bluebook](http://www.socialsecurity.gov/foia/bluebook) (solo disponible en inglés).

### **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 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 5 minutos para leer las instrucciones, reunir los datos y contestar las preguntas. Envíe solo comentarios con respecto a esta estimación de tiempo a: SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD 21235-6401.