

DECLARACIÓN DEL RECLAMANTE U OTRA PERSONA
(STATEMENT OF CLAIMANT OR OTHER PERSON)

NOMBRE DEL TRABAJADOR ASALARIADO, TRABAJADOR POR CUENTA PROPIA, O RECLAMANTE DE SEGURIDAD DE INGRESO SUPLEMENTARIO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
NOMBRE DEL DECLARANTE (Si no es el trabajador asalariado, trabajador por cuenta propia o reclamante de Seguridad de Ingreso Suplementario indicado arriba)	RELACIÓN CON EL TRABAJADOR ASALARIADO, TRABAJADOR POR CUENTA PROPIA, O CON EL RECLAMANTE DE SEGURIDAD DE INGRESO SUPLEMENTARIO

Entiendo que esta declaración es para el uso de la Administración del Seguro Social, por la presente certifico que -

Yo declaro bajo pena de perjurio que he examinado toda la información en este formulario, y en cualquier declaración o formulario que lo acompañe, y que es cierta y correcta según mi entendimiento. Entiendo que cualquier persona que intencionalmente de una declaración falsa sobre un hecho material en esta información, o causa que otra persona lo haga, comete un delito y que puede ser multado o encarcelado.

FIRMA DE LA PERSONA QUE HACE LA DECLARACIÓN

Firma (Nombre, inicial, apellido) (Escriba en tinta)		Fecha (Mes, día, año)
		Número de teléfono (incluya el código)
Dirección Postal (Calle y núm., núm. de apto., apartado postal, ruta rural)		
Ciudad y Estado	Código postal	
Se requieren testigos SOLAMENTE si esta declaración se ha firmado con una marca (X). Si firmada con una marca (X), necesitara dos testigos que lo conozcan y puedan verificar su firma y deben firmar a continuación, proveyendo sus direcciones completas.		
1. Firma del testigo	2. Firma del testigo	
Dirección (Calle y núm., Ciudad, Estado y Zona postal)	Dirección (Calle y núm., Ciudad, Estado y Zona postal)	

Declaración de la Ley de Confidencialidad

Colección y uso de información personal

La sección 205(a) de la Ley del Seguro Social, según enmendada, nos autoriza a recopilar la información en este formulario. La información que usted provea en este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de proveer dicha información podría evitar una decisión precisa y a tiempo en su reclamación.

Usamos la información que usted provee para el propósito de determinar su derecho a los beneficios. También podemos divulgar su información por las siguientes razones, llamados usos rutinarios:

- A contactos de terceros (incluso la colecta privada bajo contrato con nosotros), con el fin de que nos ayuden a recuperar los sobrepagos; y
- A contratistas y otras agencias federales, según sea necesario, con el fin de ayudarnos en la administración eficiente de nuestros programas. Divulgaremos información bajo este uso de rutina solo en situaciones en las que podamos entrar en un acuerdo contractual o similar para obtener asistencia en el cumplimiento de una función del Seguro Social relacionada con este sistema de registros.

También podemos compartir esta información de acuerdo con la Declaración de la Ley de Confidencialidad y otras leyes federales. Por ejemplo, y cuando sea autorizado, podemos usar y divulgar la información que nos provea en programas de comparación, estos programas comparan nuestros registros con los registros de otras agencias 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.

Puede encontrar una lista de usos rutinarios adicionales en nuestro sistema de Aviso de Registros de la Ley de Privacidad (SORN, por sus siglas en Inglés) 60-0089, llamado sistema de expediente de reclamación, como publicado en el registro federal, (FR, por sus siglas en inglés) el 31 de octubre de 2019 en FR 58422;60-0090, Registro maestro de beneficios, como publicado en el FR el día 11 de enero de 2006 en 71 FR 1826;30-103, récord de Seguridad de Ingreso Suplementario y los beneficios especiales para veteranos, como publicado en el FR el día 11 de enero de 2006, en 71 FR 1830; y 60-0320 titulado proceso electrónico de reclamaciones por incapacidad según publicado en el FR el 4 de junio de 2020, en 85 FR 34477. Información adicional, y una lista completa de todos nuestros SORNs está disponible en nuestro sitio de internet en www.segurosocial.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 para la Reducción de Trámites del 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 le tomará alrededor de 15 minutos leer las instrucciones, reunir los datos y contestar las preguntas. **Envíe solo comentarios sobre nuestra estimación del tiempo o cualquier otro aspecto de esta recopilación, incluso sugerencias para reducir el tiempo que le toma llenar el formulario a: SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD 21235-6401.**