

SOLICITUD PARA DOMICILIACION BANCARIA (ESPAÑA)

SOLICITUD PARA LA DOMICILIACION BANCARIA DE LA PENSION DEL SEGURO SOCIAL DE LOS ESTADOS UNIDOS

- Favor de rellenar el Apartado 1 y “**firmar su nombre en el encasillado correspondiente**”.
- Solicite a su entidad bancaria rellenar el Apartado 3.
- Enviar la solicitud completa a la dirección indicada en el Apartado 2.

APARTADO 1 (Le rogamos usar letra de molde)

Nombre y Dirección Completa:	Número de Pensión del Seguro Social	B.I.C. (Opcional)	
	Nombre del Pensionista		
Número de teléfono:	ESTA CAJA ES PARA ASIGNACIÓN PAGO SOLAMENTE (si es necesario)		
	TIPO	CANTIDAD	
CERTIFICACIÓN Yo (beneficiario o representante de beneficiario) certifico que he leído y entendido la información en la parte posterior de esta forma. Yo autorizo a la Administración del Seguro Social a enviar este pago a la institución financiera indicada en la sección 3 y a ser depositado en la cuenta designada. Entiendo que la información personal en estos pagos es confidencial, sin embargo, autorizo a divulgar la información de pagos impuesta por ley o necesaria para la protección contra fraudes o crimen.		Certificación de titulares de cuentas mancomunadas (Opcional) Certifico que he leído y entendido la información indicada en la parte posterior de este documento, específicamente el párrafo «Información importante para los titulares de cuentas mancomunadas».	
FIRMA	FECHA	Firmas de los autorizados en cuentas mancomunadas	Fecha
¿Es usted representante del beneficiario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Esta cuenta es: <input type="checkbox"/> Una cuenta propia <input type="checkbox"/> Una cuenta mancomunada		
Fecha de nacimiento del beneficiario			

APARTADO 2 (DIRECCION DE CORRESPONDENCIA)

NOMBRE DE LA AGENCIA GUBERNAMENTAL: SOCIAL SECURITY ADMINISTRATION	ENVIE LA SOLICITUD COMPLETA A: Federal Benefits Unit U.S. Embassy Calle de Serrano 75 28006 Madrid Spain
------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

APARTADO 3 (Debe ser rellenado por el Banco, Caja de Ahorros o Cooperativa de Crédito.) Esta cuenta debe ser en Euros

NOMBRE DEL BANCO	NUMERO DE TELEFONO DEL BANCO
DIRECCION DEL BANCO	
NOMBRE DE LA IMPRESION DEL FUNCIONARIO DE BANCO	FIRMA DEL FUNCIONARIO DE BANCO
Tipo de cuenta	<input type="checkbox"/> Cheques <input type="checkbox"/> Ahorros

Escriba el número internacional para cuentas bancarias (IBAN)

Escriba el código de identificación de la sucursal de su banco o el código de identificación de su banco. (Swift/BIC)

Información importante – Leer cuidadosamente por favor

La información suministrada en esta forma es confidencial. Necesitamos ésta información para enviar sus pagos del Seguro Social a su cuenta bancaria en España por transferencia electrónica.

Cuando recibirá sus pagos por depósito directo:

Usted recibirá sus pagos a través del sistema bancario español y estarán brevemente en su cuenta bancaria en la fecha regular de pago. Con depósito directo, usted tendrá acceso directo a su dinero. Esta es la manera más segura de recibir sus beneficios.

Información sobre la conversión de moneda:

Con depósito directo, sus pagos del Seguro Social de E.E. U.U. son convertidos automáticamente en EUROS (sí procede) diariamente al tipo de cambio internacional antes de ser depositados en su cuenta.

****Aviso especial para cuentas mancomunadas****

Si usted tiene una cuenta mancomunada con una persona quien recibe pagos del Seguro Social y esa persona fallece, usted debe notificar inmediatamente a su banco y a la Administración del Seguro Social o a la Unidad de Beneficios Federales en su área. Debe regresar cualquier pago depositado en la cuenta mancomunada después del fallecimiento del beneficiario.

Si cambia de dirección:

Si su dirección cambia **tiene** que informar a la Unidad de Beneficios Federales o a la Administración del Seguro Social. Sus pagos pueden cesar si la Administración del Seguro Social necesitará comunicarse con usted y no puede localizarlo.

Cambio de bancos o de cuentas bancarias.

Si usted cambia de banco o cambia su cuenta bancaria, debe notificar a una de las siguientes oficinas:

Federal Benefits Unit
U.S. Embassy
Calle de Serrano 75
28006 Madrid
Spain

Social Security Administration
Office of Earnings and International Operations
Division Of International Operations
PO Box 17769
Baltimore, MD
21235-7769
USA

Puede que tenga que completar otra solicitud de domiciliación bancaria. *NO cierre la cuenta donde le están depositando su pensión hasta que la domiciliación en su nueva cuenta este activa.*

La Ley de Confidencialidad Recolección y uso de información personal

La sección 205(a) de la Ley del Seguro Social, según enmendada, nos autoriza a recopilar ésta información. El suministrar la información es voluntario. Sin embargo, el fallar en suministrar toda o parte de la información puede impedir el recibir los pagos de sus beneficios a través de una institución extranjera.

Usaremos la información suministrada por usted para procesar los pagos de sus beneficios con la institución financiera. También podemos compartir su información para los siguientes propósitos como en el uso de llamadas rutinarias:

- Del Departamento de Estado y sus agentes para administrar la ley en países extranjeros a través de las facilidades y servicios de esa agencia, y
- Para contactos con terceras partes cuando sea necesario establecer o verificar información suministrada por un representante de beneficiario o candidato para beneficiario.

Además, es posible que usemos la información que nos suministre en programas de cotejo computarizados. Estos programas de cotejo computarizados comparan nuestros registros con los registros que mantienen otras agencias del gobierno federal, estatal o municipal. La información de estos programas de cotejo computarizados se puede usar 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.

Una lista adicional para usos rutinarios está disponible en nuestro Sistema de Registros y Avisos del Acta o Ley de Confidencialidad (SORN) 60-0089, disponible en nuestro «Privacy Act System of Records Notices» titulado «Claims Folder System» (60-0090) según publicada en el Registro Federal (FR, por sus siglas en inglés) el 1ro de abril de 2004, en 68 FR 15784 y 60-0090 y el «Master Beneficiary Record», según publicada en el FR el 11 de enero de 2006 en 71 FR 1826. (NOTA ACLARATORIA: estos sistemas solo están disponible en inglés). Información adicional y un listado completo de todo nuestro Sistema de Registros y Avisos del Acta o Ley de Confidencialidad (SORNs) está disponible en nuestro sitio de internet al <https://www.ssa.gov/privacy>.

Paperwork Reduction Act Statement

*La recopilación de esta información reúne los requisitos estipulados por 44 U.S.C. §3507, según enmendado por la sección 2 de la ley de Reducción de trámites del 1995. No se le requiere contestar ninguna de estas preguntas a menos que mostremos un número de control válido expedido por la Oficina de Gerencia y Presupuesto. Calculamos que le tomará cerca de 5 minutos para leer las instrucciones, recopilar la información necesaria y contestar las preguntas. **Envíe a esta dirección solo comentarios relacionados con nuestro cálculo del tiempo que le tomaría en llenar el formulario: SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD 21235-6401.***