

إدارة الضمان الاجتماعي طلب حصول على بطاقة الضمان الاجتماعي

طلب الحصول على بطاقة الضمان الاجتماعي مجاني!

استخدم هذا الطلب للتقدم للحصول على:

- بطاقة ضمان اجتماعي أصلية
- مستخرج بديل لبطاقة الضمان الاجتماعي
- تغيير معلومات بسجل رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك أو تصحيحها

هام: يجب أن تقدم طلبًا كاملاً والإثباتات المطلوبة قبل التعامل مع طلبك. نقبل المستندات الأصلية فقط أو المستندات المصدق عليها من أمين السجل الأصلي. لا نقبل النسخ الموثقة من كاتب العدل أو النسخ الضوئية التي لم يتم توثيقها من قبل أمين السجل. سنعيد أي مستندات مقدمة مع طلبك. للحصول على المساعدة اتصل بنا على الرقم ١-٨٠٠-٧٧٢-١٢١٣ أو تفضل بزيارة موقعنا الإلكتروني www.socialsecurity.gov.

بطاقة الضمان الاجتماعي الأصلية

للتقدم للحصول على بطاقة أصلية، نحتاج مستنديين على الأقل لإثبات العمر والهوية، والجنسية الأمريكية أو وضع الهجرة الحالي القانوني والمرخص من أجل العمل. إذا لم تكن مواطناً أمريكياً وليس لديك تصريح عمل من إدارة الأمن القومي (DHS)، يجب عليك إثبات وجود سبب معقول لعدم العمل لتقدم طلب الحصول على بطاقة. راجع الصفحة ٢ لمعرفة المستندات المقبولة.

ملاحظة: إذا كان عمرك ١٢ عامًا أو يزيد ولم تحصل أبدًا على أي رقم ضمان اجتماعي من قبل، يجب عليك التقدم للحصول على بطاقة بنفسك.

بطاقة الضمان الاجتماعي البديلة

للتقدم للحصول على بطاقة بديلة، يجب أن تقدم مستندًا واحدًا لإثبات هويتك. إذا كنت قد ولدت خارج الولايات المتحدة، فستحتاج أيضًا إلى تقديم مستندات تثبت جنسيتك الأمريكية أو وضع الهجرة الحالي أو القانوني أو المرخص به من أجل العمل. راجع الصفحة ٢ لمعرفة المستندات المقبولة.

تغيير معلومات في سجل الضمان الاجتماعي الخاص بك

لتغيير المعلومات الواردة في سجل رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك (مثل الاسم أو تغيير الجنسية أو تصحيح تاريخ الميلاد) يجب أن تقدم مستندات لإثبات هويتك ودعم التغيير المطلوب وتحديد سبب التغيير. على سبيل المثال، يمكنك تقديم شهادة ميلاد لإثبات تاريخ ميلادك الصحيح. يجب أن يكون المستند الذي يدعم تغيير الاسم حديثًا ويعرفك بالاسم القديم والجديد. إذا حدث تغيير الاسم منذ أكثر من عامين أو إذا لم يشمل مستند تغيير الاسم على معلومات كافية لإثبات هويتك، يجب أيضًا أن تقدم مستندات لإثبات هويتك باسمك القديم و/أو في بعض الحالات الاسم القانوني الجديد. إذا كنت قد ولدت خارج الولايات المتحدة، يجب أن تقدم مستند لإثبات جنسيتك الأمريكية أو وضع الهجرة الحالي القانوني أو المرخص به من أجل العمل. راجع الصفحة ٢ لمعرفة المستندات المقبولة.

قيود على إصدار بطاقات بديلة للضمان الاجتماعي

يفرض القانون 108-458 قيودًا على استخراج بطاقات بديلة لرقم الضمان الاجتماعي، حيث يمكن أن تحصل عليها ٣ مرات في عام واحد و ١٠ مرات على مدى الحياة. البطاقات التي تم إصدارها لإثبات التغييرات التي جرت على الاسم القانوني أو التغييرات التي جرت على تصريح العمل لا تخضع لهذه القيود. قد منح أيضًا بعض الاستثناءات على هذه القيود إذا قدمت دليلًا من مصدر رسمي يطلب الحصول على بطاقة الضمان الاجتماعي.

إذا كان لديك أي استفسارات

إذا كان لديك أي استفسار حول هذا النموذج أو حول مستندات الإثبات التي يجب تقديمها، الرجاء زيارة الموقع الإلكتروني www.socialsecurity.gov للحصول على معلومات إضافية وكذلك معرفة أماكن مكاتبنا ومراكز بطاقة الضمان الاجتماعي. يمكنك أيضًا الاتصال بهيئة الضمان الاجتماعي على الرقم ١-٨٠٠-٧٧٢-١٢١٣. كما يمكنك العثور على أقرب مكتب أو مركز بطاقات في دليل الهاتف المحلي.

مستندات الإثبات

القوائم التالية مجرد أمثلة على أنواع المستندات التي يجب تقديمها مع طلبك وليست شاملة لكل المستندات. اتصل بنا على الرقم ١-٨٠٠-٧٧٢-١٢١٣ إذا لم تتمكن من تقديم هذه المستندات.

هام: إذا كنت تقوم باستكمال هذا الطلب نيابة عن شخص آخر، يجب أن تقدم دليلاً يثبت سلطتك لتوقيع الطلب وكذلك مستندات تثبت هويتك وهوية الشخص الذي تستكمل الطلب نيابة عنه. نقبل المستندات الأصلية فقط أو المستندات المصدق عليها من أمين السجل الأصلي. لا نقبل النسخ الموثقة أو النسخ الضوئية التي لم يتم توثيقها من قبل أمين السجل.

إثبات العمر

بصفة عامة، يجب أن تقدم شهادة ميلادك. في بعض الحالات، قد نقبل مستنداً آخر يثبت عمرك. بعض المستندات الأخرى التي قد نقبلها هي:

- سجل مستشفى أمريكي بميلادك (تم إعداده وقت ميلادك)
- سجل ديني تم إعداده قبل بلوغك عمر 5 سنوات يثبت عمرك أو تاريخ الميلاد
- جواز سفر
- مرسوم تبني نهائي (يجب أن يثبت قرار التبني أن معلومات الميلاد تم نقلها عن شهادة الميلاد الأصلية)

إثبات الهوية

يجب أن تقدم إثبات هوية حالي غير منتهي لاسمك القانوني. سوف يظهر اسمك القانوني على بطاقة الضمان الاجتماعي. بوجه عام، نفضل مراجعة المستندات التي صدرت في الولايات المتحدة. يجب أن تثبت المستندات التي تقدمها لإثبات الهوية اسمك القانوني وتوفر تفاصيل شخصية (تاريخ ميلادك وعمرك وأسماء والديك) و/أو المعلومات الجسدية (صورة فوتوغرافية أو وصف جسدي -الطول لون العينين والشعر وما إلى ذلك). إذا قمت بإرسال مستند هوية به صورة فوتوغرافية ولكن لا تظهر فيه شخصياً، يجب أن يثبت المستند التفاصيل الشخصية الخاص بك (مثل تاريخ ميلادك وعمرك وأسماء والديك). بوجه عام، ينبغي أن تكون كافة المستندات التي ليس بها تاريخ انتهاء قد صدرت خلال العامين الماضيين بالنسبة للبالغين وخلال الأربع أعوام الماضية بالنسبة للأطفال.

كإثبات على هويتك، يجب تقديم:

- رخصة قيادة أمريكية؛ أو
- بطاقة هوية لغير سائق صادرة من ولاية في الولايات المتحدة؛ أو
- جواز سفر أمريكي

إذا لم يكن لديك أي من المستندات السابقة أو لا يمكنك الحصول على بديل خلال عشرة أيام عمل، قد نقبل مستندات أخرى تثبت اسمك القانوني وتفاصيلك الشخصية، مثل بطاقة الهوية العسكرية الأمريكية أو شهادة التجنيس أو بطاقة هوية الموظف أو نسخة موثقة من السجل الطبي (عيادة أو طبيب أو مستشفى) أو بطاقة التأمين الصحي أو بطاقة ميديكاد (Medicaid) أو سجل/بطاقة هوية المدرسة. بالنسبة للأطفال الصغار، قد نقبل السجلات الطبية (عيادة أو طبيب أو مستشفى) المحفوظة عند مقدم الرعاية الطبية. قد نقبل أيضاً مرسوم التبني النهائي أو بطاقة هوية المدرسة أو سجلات المدرسة الأخرى المحفوظة عند المدرسة.

إذا لم تكن مواطناً أمريكياً، يجب أن نطلع على مستند (مستندات) الهجرة إلى الولايات المتحدة الحالية وجواز السفر الأجنبي الخاص بك والتفاصيل الشخصية أو صورة فوتوغرافية.

لا يمكن أن نقبل شهادة ميلاد أو شهادة ميلاد للذكرى صادرة عن مستشفى أو كعب بطاقة ضمان اجتماعي أو سجل ضمان اجتماعي كإثبات للهوية.

إثبات الجنسية الأمريكية

بصفة عامة، يجب أن تقدم شهادة ميلاد أمريكية أو جواز سفر أمريكي. أما المستندات الأخرى التي يمكن أن تقدمها فهي تقرير ميلاد صادر عن القنصلية أو شهادة جنسية أو شهادة تجنيس.

إثبات وضع الهجرة

يجب أن تقدم مستنداً حديثاً غير منتهي تم إصداره بواسطة إدارة الأمن القومي (DHS) موضح به حالة الهجرة الخاصة بك، مثل النموذج I-551 أو I-94 أو I-766. إذا كنت طالباً دولياً أو زائراً بالتبادل، فقد تحتاج إلى تقديم مستندات إضافية، مثل النموذج Form I-20 أو DS-2019 أو خطاب تفويض بالعمل من المدرسة أو صاحب العمل (F-1) أو الكفيل (J-1). لا نقبل إيصال يثبت أنك قدمت طلباً للحصول على الاستمارة. وإذا لم يكن مصرحاً لك بالعمل في الولايات المتحدة، يمكننا إصدار بطاقة الضمان الاجتماعي لك إذا كنت تحتاج الرقم لسبب وجيه بخلاف العمل. سيظهر على بطاقتك أنه لا يمكنك العمل، وإذا عملت، فسوف نخطر قسم الأمن القومي. راجع الصفحة ٣، البند 5 لمزيد من المعلومات.

كيف يمكنك ملء هذا الطلب

أكمل ووقع هذا الطلب بشكل واضح باستخدام حبر أزرق أو أسود فقط على النموذج المرفق أو الذي تم تنزيله باستخدام ورق 8 1/2 بوصة × 11 بوصة (أو 8.25 A4 بوصة × 11.7 بوصة).

بوجه عام: البنود الموجود بهذا النموذج لا تحتاج إلى تفسير أو يتم مناقشتها أذناه. تتلاءم الأرقام مع البنود المرقمة في النموذج. إذا كنت تكمل هذا النموذج نيابة عن شخص آخر، يرجى إكمال البنود المتعلقة بهذا الشخص.

4. اكتب الشهر واليوم وعام الميلاد كاملاً (4 أرقام)؛ على سبيل المثال "1998" بالنسبة لعام الميلاد.

5. إذا حددت المربع "Legal Alien Not Allowed to Work" («أجنبي مقيم قانونياً وليس عندي تصريح بالعمل») أو "Other" («غير ذلك») يجب أن تقدم مستنداً من وكالة فيدرالية أو تابعة للولاية أو وكالة حكومية محلية توضح فيه سبب احتياجك إلى رقم الضمان الاجتماعي وأن كل متطلبات الحصول على فوائد الحكومة الأمريكية تنطبق عليك. ملحوظة: لا تطلب معظم الوكالات أن يكون لديك رقم الضمان الاجتماعي. اتصل بإدارة الضمان الاجتماعي لتعرف ما إذا كان السبب الخاص بك يعتد به أم لا للحصول على رقم الضمان الاجتماعي.

6., 7. تقديم معلومات عن العرق والإثنية اختياري ومطلوب لأغراض معلوماتية وإحصائية فقط. لا يؤثر اختيارك للإجابة أو عدم الإجابة على القرارات التي نتخذها بشأن طلبك. إذا قدمت هذه المعلومات، فسوف نتعامل مع طلبك بعناية.

9.B., 10.B. إذا كنت تقدم طلباً للحصول على بطاقة ضمان اجتماعي أصلية لطفل يقل عمره عن 18 عاماً، فعليك أن توضح أرقام الضمان الاجتماعي التي تخص والد والدة الطفل إلا إذا لم يتم أبداً منح رقم ضمان اجتماعي للوالد و/أو الوالدة. وإذا كان الرقم غير معروف ولا تستطيع الحصول عليه، فضع علامة في المربع "unknown" («غير معروف»).

13. إذا كان تاريخ الميلاد المكتوب في البند 4 يختلف عن تاريخ الميلاد الموجود في سجل الضمان الاجتماعي الخاص بك، فاكتب تاريخ الميلاد المسجل حالياً في سجلك في البند 13 وقدم إثباتاً لدعم تاريخ الميلاد الموجود في البند 4.

16. اكتب عنوان يمكنك استلام بطاقتك عليه في خلال 7 إلى 14 يوماً من الآن.

17. من يمكنه التوقيع على الطلب؟ إذا كنت تبلغ من العمر 18 عاماً أو أكثر وقادر جسمانياً وعقلياً على قراءة وملء الطلب، يجب عليك توقيع البند 17. إذا كنت أقل من 18 عاماً، يجوز لك التوقيع كما يجوز لوالدك أو للوصي القانوني عليك التوقيع نيابة عنك. إذا كنت أكبر من 18 عاماً ولا تقدر على التوقيع بنفسك، يجوز للوصي القانوني أو الوالد أو الوالدة أو أحد الأقرباء المقربين التوقيع نيابة عنك بوجه عام. إذا كنت لا تستطيع توقيع اسمك، يجب أن تضع علامة "X" وتحصل على توقيع شاهدين في المكان المجاور لهذه العلامة. الرجاء عدم تغيير توقيعك بإضافة أي معلومات إضافية بسطر التوقيع، حيث إن ذلك قد يؤدي إلى إبطال الطلب. الرجاء الاتصال بنا في حال الحاجة إلى أي توضيح حول الشخص الذي يمكن أن يوقع الطلب.

كيف يمكنك تقديم هذا الطلب

في معظم الحالات، يمكنك إرسال هذا الطلب الموقع بالبريد مع مستنداتك إلى أي مكتب من مكاتب الضمان الاجتماعي. سوف يتم إعادة أي مستندات ترسلها إلينا بالبريد إليك مرة أخرى. انتقل إلى www.socialsecurity.gov/locator لمعرفة مكان مكتب الضمان الاجتماعي أو مركز بطاقة الضمان الاجتماعي الذي يخدم منطقتك.

حماية رقم وبطاقة الضمان الاجتماعي

الرجاء حماية بطاقة ورقم الضمان الاجتماعي من الفقد وسرقة الهوية. لا تحمل البطاقة معك. احتفظ بها في مكان آمن ولا تأخذها معك إلا حينما يجب تقديم البطاقة، على سبيل المثال: الحصول على وظيفة جديدة أو فتح حساب بنكي جديد أو الحصول على منافع من وكالات أمريكية معينة. كن على حذر عند إعطاء رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك للآخرين وبخاصة أثناء المكالمات الهاتفية أو المراسلة بالبريد أو البريد الإلكتروني وطلبات شبكة الإنترنت التي لم تبدأها.

بيان قانون الخصوصية تجميع واستخدام المعلومات الشخصية

يخول لنا القسمان (c) 205 و 702 من قانون الضمان الاجتماعي، حسب التعديل، جمع هذه المعلومات. سوف نستخدم المعلومات التي قدمتها لكي نخصص لك رقم الضمان الاجتماعي ونصدر بطاقة الضمان الاجتماعي.

المعلومات التي قدمتها في هذا النموذج تطوعية. ومع ذلك، قد يمنعنا عدم تقديم المعلومات المطلوبة من إصدار رقم وبطاقة الضمان الاجتماعي.

نادراً ما نستخدم هذه المعلومات التي قدمتها في أي غرض آخر غير إصدار رقم وبطاقة الضمان الاجتماعي. ومع ذلك، قد نستخدم هذه المعلومات لإدارة ونزاهة برامج الضمان الاجتماعي. قد نقوم بالكشف عن هذه المعلومات لشخص آخر أو وكالة أخرى وفقاً للاستخدامات الروتينية المعتمدة، على سبيل المثال لا الحصر:

1. لتمكين طرف آخر أو وكالة من مساعدة إدارة الضمان الاجتماعي في إثبات الحقوق في الحصول على منافع الضمان الاجتماعي و/أو التغطية؛
2. للامتثال للقوانين الفيدرالية التي تطلب نشر المعلومات الموجودة في سجلات الضمان الاجتماعي (مثل مكتب المسائلة الحكومي وإدارة شئون المحاربين القدامى)؛
3. لتقرير الأهلية في برامج بدل إعانة الصحة والدخل الفيدرالية أو المتعلقة بالولاية أو على المستوى المحلي؛ و
4. لتسهيل الأبحاث الإحصائية أو فحص الحسابات التجارية أو أنشطة التحقيق اللازمة لضمان نزاهة برامج الضمان الاجتماعي.

قد نستخدم أيضاً هذه المعلومات التي قدمتها في برامج مطابقة الكمبيوتر. تقوم برامج المطابقة بمقارنة سجلاتنا مع السجلات التي تحتفظ بها الوكالات الفيدرالية أو الولاية أو الوكالات الحكومية المحلية. يمكن استخدام المعلومات الناتجة عن برامج المطابقة في إثبات أهلية الشخص للإعانة الفيدرالية أو برامج الإعانات الممنوحة أو التحقق منها وسداد الدفعات أو الديون المتأخرة وفقاً لهذه البرامج.

تتوافر القوائم الكاملة للاستخدامات الروتينية لهذه المعلومات في إخطار نظام السجلات

(Master Files or Social Security Number (SSN) Holders and SSN Applications) 60-0058

(السجلات الرئيسية لحاملي رقم الضمان الاجتماعي (SSN) وتطبيقات رقم الضمان الاجتماعي). يتوفر الإخطار، والمعلومات الإضافية المتعلقة بهذا النموذج، والمعلومات المتعلقة بأنظمتنا وبرامجنا على شبكة الإنترنت على الموقع www.socialsecurity.gov أو في أي مكتب ضمان اجتماعي محلي.

جمع المعلومات يتطابق مع متطلبات قانون 44 U.S.C. §3507، كما تم تعديله بالقسم 2 من قانون الحد من الأعمال الورقية لعام 1995. لست مضطراً إلى إجابة هذه الأسئلة إلا إذا قدمنا لك رقم تحكم صالح من مكتب الإدارة والميزانية. نتوقع أن تستغرق حوالي 8،5 إلى 9،5 دقائق لقراءة التعليمات وجمع الحقائق وإجابة الأسئلة. يمكنك إرسال تعليق على تقديرنا للوقت المذكور على عنوان: SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD 21235-6401. رسل التعليقات على هذا العنوان حول تقييم الوقت وليس النموذج المكتمل.

SOCIAL SECURITY ADMINISTRATION

Application for a Social Security Card

Form Approved
OMB No. 0960-0066

1	NAME TO BE SHOWN ON CARD	First	Full Middle Name	Last															
	FULL NAME AT BIRTH IF OTHER THAN ABOVE	First	Full Middle Name	Last															
	OTHER NAMES USED																		
2	Social Security number previously assigned to the person listed in item 1		<table border="1" style="width:100%; height:20px;"> <tr> <td style="width:5%;"></td><td style="width:5%;"></td><td style="width:5%;"></td><td style="width:5%;"></td><td style="width:5%;"></td><td style="width:5%;"></td><td style="width:5%;"></td><td style="width:5%;"></td><td style="width:5%;"></td><td style="width:5%;"></td><td style="width:5%;"></td><td style="width:5%;"></td><td style="width:5%;"></td><td style="width:5%;"></td><td style="width:5%;"></td> </tr> </table>																
3	PLACE OF BIRTH (Do Not Abbreviate) City	State or Foreign Country		4															
		Office Use Only	DATE OF BIRTH MM/DD/YYYY																
5	CITIZENSHIP (Check One)	<input type="checkbox"/> U.S. Citizen	<input type="checkbox"/> Legal Alien Allowed To Work	<input type="checkbox"/> Legal Alien Not Allowed To Work(See Instructions On Page 3)															
		<input type="checkbox"/> Other (See Instructions On Page 3)																	
6	ETHNICITY Are You Hispanic or Latino? (Your Response is Voluntary) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	7	RACE Select One or More (Your Response is Voluntary)																
		<input type="checkbox"/> Native Hawaiian <input type="checkbox"/> American Indian <input type="checkbox"/> Other Pacific Islander <input type="checkbox"/> Alaska Native <input type="checkbox"/> Black/African American <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Asian																	
8	SEX	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female																	
9	A. PARENT/ MOTHER'S NAME AT HER BIRTH	First	Full Middle Name	Last															
	B. PARENT/ MOTHER'S SOCIAL SECURITY NUMBER (See instructions for 9 B on Page 3)		<table border="1" style="width:100%; height:20px;"> <tr> <td style="width:5%;"></td><td style="width:5%;"></td><td style="width:5%;"></td><td style="width:5%;"></td><td style="width:5%;"></td><td style="width:5%;"></td><td style="width:5%;"></td><td style="width:5%;"></td><td style="width:5%;"></td><td style="width:5%;"></td><td style="width:5%;"></td><td style="width:5%;"></td><td style="width:5%;"></td><td style="width:5%;"></td><td style="width:5%;"></td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> Unknown																
10	A. PARENT/ FATHER'S NAME	First	Full Middle Name	Last															
	B. PARENT/ FATHER'S SOCIAL SECURITY NUMBER (See instructions for 10B on Page 3)		<table border="1" style="width:100%; height:20px;"> <tr> <td style="width:5%;"></td><td style="width:5%;"></td><td style="width:5%;"></td><td style="width:5%;"></td><td style="width:5%;"></td><td style="width:5%;"></td><td style="width:5%;"></td><td style="width:5%;"></td><td style="width:5%;"></td><td style="width:5%;"></td><td style="width:5%;"></td><td style="width:5%;"></td><td style="width:5%;"></td><td style="width:5%;"></td><td style="width:5%;"></td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> Unknown																
11	Has the person listed in item 1 or anyone acting on his/her behalf ever filed for or received a Social Security number card before? <input type="checkbox"/> Yes (If "yes" answer questions 12-13) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Don't Know (If "don't know," skip to question 14.)																		
12	Name shown on the most recent Social Security card issued for the person listed in item 1	First	Full Middle Name	Last															
13	Enter any different date of birth if used on an earlier application for a card		MM/DD/YYYY																
14	TODAY'S DATE MM/DD/YYYY	15	DAYTIME PHONE NUMBER Area Code Number																
16	MAILING ADDRESS (Do Not Abbreviate)	Street Address, Apt. No., PO Box, Rural Route No.																	
		City	State/Foreign Country	ZIP Code															
17	YOUR SIGNATURE	18	YOUR RELATIONSHIP TO THE PERSON IN ITEM 1 IS: <input type="checkbox"/> Self <input type="checkbox"/> Natural Or Adoptive Parent <input type="checkbox"/> Legal Guardian <input type="checkbox"/> Other Specify _____																
DO NOT WRITE BELOW THIS LINE (FOR SSA USE ONLY)																			
NPN		DOC	NTI	CAN															
PBC		EVI	EVA	EVC															
		PRA	NWR	DNR															
		UNIT																	
EVIDENCE SUBMITTED			SIGNATURE AND TITLE OF EMPLOYEE(S) REVIEWING EVIDENCE AND/OR CONDUCTING INTERVIEW																
			DATE																
			DATE																
			DCL																