

# 社會安全局

## 申請社會安全卡

申請社會安全卡非常容易，而且免！

### 使用本申請表：

- 申請首次社會安全卡
- 申請補發社會安全卡
- 更改或修正社會安全號碼紀錄所載資料

**重要須知：**您必須提供妥為填寫的申請表及規定的證明文件，我們方可受理申請。我們僅接受原件或經原始紀錄保管人認證的文件。恕不接受未經紀錄保管人認證的公證副本或影印本。我們會將您與申請表一併提交的所有文件交還給您。如需協助，請致電 1-800-772-1213 與我們聯絡，或瀏覽我們的網站 [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov)。

### 首次社會安全卡

如需申請首次社會安全卡，您必須提供至少兩份文件以證明您的年齡、本人身份以及美國公民身份或目前合法獲得工作許可的移民身份。如果您現在不是美國公民且沒有獲得國土安全部的工作許可，就一定要證明您有一個申請社會安全卡的正當非工作的理由。請參閱第 2 頁，查看可接受文件的說明。

請注意：如您年滿 12 歲或以上，並且從未獲得過社會安全號碼，您必須親自前往申請。

### 補發社會安全卡

如需申請補發社會安全卡，您必須提供一份證明您身份的文件。如果您不是在美國出生，還必須提供證明您的美國公民身份或目前合法獲得工作許可的身份的文件。請參閱第 2 頁，查看可接受文件的說明。

### 更改社會安全紀錄所載資料

如需更改社會安全號碼紀錄所載資料（即更改姓名、公民身份或修正出生日期），您必須提供有關文件，以證明您的身份，支持請求的更改內容，並證實更改的原因。例如，您可提供出生證明，來證實您的正確出生日期。證明姓名更改的文件必須為最近核發的文件，並且其中註明您的舊姓名和新姓名。如果您在兩年前更改姓名，或姓名更改文件所載資料不足以證明您的身份，您必須另提供文件，證明您在舊姓名下的身份及 / 或（在部分情況下）您在新合法姓名下的身份。如果您不是在美國出生，還必須提供證明您的美國公民身份或目前合法獲得工作許可的身份的文件。請參閱第 2 頁，查看可接受文件的說明。

### 補發社會安全卡的限額

公法第 108-458 條規定申請補發社會安全卡的限額為每人一年三次，並且一生僅可申請補發十次。因更改合法姓名或更改工作許可註語而簽發的安全卡不計入限額。另外，如果您提供官方證據，證明需要簽發社會安全卡，我們可能亦會給予例外。

### 如果您有任何問題

如果您對這份表格或您須提供的證明文件有任何問題，請瀏覽我們的網站 [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov)，或前往我們的辦事處和社會安全卡中心所在地，瞭解其他資訊。您還可致電 1-800-772-1213，聯絡社會安全局。另外，您還可在當地的電話簿中查詢離您最近的辦事處或社會安全卡中心的聯絡方式。

---

## 證明文件

下面列出您須與申請表一併提供的文件類型範例，未必全面。如果您無法提供這些文件，請致電 1-800-772-1213。

**重要須知：**如果您代他人填寫本申請表，您必須提供證據證明您簽署申請表的授權，且須提供證明您及申請人身份的文件。我們僅接受原件或經原始紀錄保管人認證的文件。恕不接受未經紀錄保管人認證的公證副本或影印本。

### 年齡證據

通常，您必須提供您的出生證明。有些時候，我們也可接受證明您年齡的其他文件。我們可以接受的其他文件包括：

- 美國醫院的出生紀錄（在出生時所做的紀錄）
- 在年滿五歲前顯示您年齡或出生日期的宗教紀錄
- 護照
- 法院的領養最終判決書（領養判決書上必須顯示出生資料取自原始的出生證明）

### 身份證據

您提供的證明本人身份的文件必須有效、未過期，並且載有您的合法姓名。社會安全卡上的姓名必須為您的合法姓名。一般來講，最理想的文件是在美國國內發出的文件。為證明本人身份，文件必須包括您的合法姓名，以及有關個人生平的資料（您的出生日期、年齡或父母的姓名）**及 / 或**有關體質的資料（照片或體質的描述 — 身高、眼睛與頭髮的顏色等）。如果您沒有親自來申請，而是將帶照片的身份證明寄來給我們，則證明必須具有個人生平的資料（例如，您的出生日期、年齡或父母的姓名）。通常，如果文件沒有屆滿日期，則成人的文件需在過去兩年內簽發，兒童的文件需在過去四年內簽發。

對於您的身份證明，您必須提供：

- 美國的駕駛執照；或
- 美國各州政府核發的非駕駛執照的身份證；或
- 美國護照

如果您沒有上述的文件，或者無法在 10 個工作日之內得到上述的補發文件，我們可以接受顯示您合法姓名及生平資料的其他文件，例如，美國軍人身份證、美國公民證書、員工證、經認證的病歷副本（診所、醫生或醫院）、健康保險卡、聯邦醫療補助（Medicaid）卡或學生證 / 學校紀錄。對於幼兒，我們可以接受醫療機構（診所、醫生或醫院）保存的病歷。我們也可以接受法院的領養最終判決書、學生證或學校保管的其他學校紀錄。

如果您不是美國公民，我們必須查看您現行有效的美國移民文件以及具有您生平資料或照片的外國護照。

我們不能接受以出生證明、醫院出生紀念狀、社會安全卡的存根或社會安全紀錄做為身份證明。

### 美國公民身份證明

通常，您必須提供您的美國出生證明或美國護照。您可提供的其他文件包括美國領事館出具的出生報告、公民證或歸化證。

### 移民身份證明

您必須提供一份由國土安全部（DHS）核發給您，證明您移民身份的有效且未過期的文件，例如 I-551、I-94、或 I-766 表格。如果您是國際留學生或交流學者，您可能需提供附加文件，如 I-20、DS-2019 表格，或您的學校及僱主（F-1）或資助方（J-1）出具的工作批准函。我們不能接受顯示您申請該文件的收據。如果您未獲准在美國工作，並且是基於與工作無關的其他有效原因而需要社會安全號碼，我們可以向您核發社會安全卡。您的社會安全卡會註明您不可以工作，如果您工作，我們會通知國土安全部。請參閱第 3 頁第 5 項，瞭解更多資訊。

## 如何填寫此申請表

請務必使用黑色或藍色筆填寫並簽署本申請表，本申請表可能隨附於或可能需自行下載，如自行下載申請表，請使用 8 ½” x 11”（或 A4 8.25” x 11.7”）規格的紙張。請工整填寫，字跡清晰。

一般事項：申請表中的項目都很明白易懂，或已在下文加以說明。以下的號碼與申請表上的項目號碼相符。如果您為其他人填寫本表格，所有項目都請填寫申請人的資料。

4. 填寫出生的年（四位數）、月、日，例如出生年是「1998」。

5. 如果您選擇的是「不可工作的合法外籍居民」或「其他」，則必須出示要求您提供社會安全號碼的美國聯邦、州或地方政府機構所開具的證明，解釋您需要社會安全號碼的原因，以及您符合所申請政府福利的所有規定。注意：多數機構不要求您擁有社會安全號碼。請與我們聯絡，確認您的理由是否符合社會安全號碼的申請要求。

6.、7. 提供種族及族裔的資料純屬自願，該資料僅用於參考和統計用途。無論您是否回答，都不會影響我們對您申請的決定。如果您提供該資料，我們將謹慎保管。

9. B.， 10. B. 如果您是為 18 歲以下的孩子申請首次社會安全卡，您必須提供父母親的社會安全號碼，但如父母親沒有社會安全號碼，則可忽略不填。如果不知道或無法獲知其社會安全號碼，請選擇「不詳」方框。

13. 如果在第 4 項填寫的出生日期與您社會安全卡目前所載出生日期不同，請填寫目前在紀錄第 13 項所示的出生日期，並提供可以佐證第 4 項出生日期的證明。

16. 填寫您從現在起可在 7 到 14 天內收到社會安全卡的地址。

17. 誰可以簽署申請表？如果您年滿 18 歲或以上，而且身心健全，可以閱讀並填寫申請表，則必須親自在第 17 項簽名。如果您尚未滿 18 歲，您可自己簽名，也可由父母或法定監護人代為簽名。如果您年滿 18 歲，但無法親自簽名，通常可由法定監護人、父母或近親代為簽名。如果您無法簽自己的名字，請畫一個「X」標記，並請兩個人在旁邊空白處簽名做為見證人。請不要因為附加內容而改變您的簽字，而致使您的申請無效。如果您對應由誰來簽署申請表有疑問，請打電話給我們。

## 如何繳交申請表

在大部分的情況中，您可以將簽好的申請表連同相關文件送至或寄給任何社會安全局辦事處。我們會將您寄來的所有文件歸還給您。請瀏覽 <https://secure.ssa.gov/apps6z/F0L0/fo001.jsp>，查詢您所在地區社會安全辦事處或社會安全卡中心的聯絡方式。

## 保護您的社會安全號碼與

請妥善保管您的社會安全卡和號碼，以防遺失和身份盜用。請不要隨身攜帶社會安全卡。請將此卡存放在安全的地方，僅在必須出示社會安全卡時隨身攜帶；例如，為取得一份新的工作、開立一個新的銀行帳戶或為得到某種美國政府機構發出的福利。在告知他人您的社會安全號碼時，要保持謹慎，尤其在非由您主動撥打的電話、發出的電子郵件和提出的網絡通訊請求中，更要小心。

### 《隱私法案》 聲明個人資料的收集與使用

經修訂的《社會安全法案》第 205(c) 和 702 條允許我們收集本資料。您所提供的資料將用於核發社會安全號碼以及社會安全卡。

您在本申請表中提供的資料均屬自願提供。但如您不提供所需資料，我們將無法向您核發社會安全號碼和卡。

除核發社會安全卡和號碼外，我們不太可能將您提供的資料用於其他用途。但我們可將該資料用於社會安全計劃的管理和完善。我們也可按經批准的例行用途，向其他人士或其他機構披露資料，其中包括但不限於：

1. 有助於第三方或有關機構協助社會安全局證實申請人享有社會安全福利及 / 或保險的權利；
2. 遵守要求公佈社會安全紀錄所載資料的聯邦法律（例如，向政府會計署和退伍軍人事務部公佈）；
3. 決定有關人士享有聯邦、州和地方層級的類似健康和收入維護計劃的資格；及
4. 協助開展為確保社會安全計劃的完善需進行的統計研究、審核或調查活動。

我們還可用您提供的資料在電腦中進行計劃比對。比對程序將會把我們的檔案紀錄與其他聯邦、州或地方政府機構保存的檔案紀錄進行分析比較。比對程序得出的資料將用於證實或核實有關人士享有聯邦資助或管理的福利計劃資格，以及根據這些計劃享有款項或拖欠債務償還的資格。

本資料的例行用途完整列表載於紀錄通知系統60-0058（社會安全號碼（SSN）持有人主檔案和社會安全號碼申請表）。您可瀏覽 [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov) 或前往任何當地社會安全辦事處，索取相關通知、有關本申請表的其他資料和有關我們的系統及計劃的資料。

這些資訊收集符合 1995 年《文書簡化法案》（Paperwork Reduction Act）第 2 節所修訂的 44 U. S. C. § 3507 規定。除非我們出示了一個有效的管理與預算辦公室（Office of Management and Budget）控制號碼，否則您不需要回答這些問題。我們估計閱讀指示、收集事實資料，以及回答問題大約需要 8.5 至 9.5 分鐘的時間。您可以將您對我們所做時間估計的評論寄給我們，地址為：SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD 21235-6401。僅需郵寄與我們時間估計相關的評論至該地址，請勿將填妥的申請表郵寄到該處。

# SOCIAL SECURITY ADMINISTRATION

## Application for a Social Security Card

Form Approved  
OMB No. 0960-0066

<b>1</b>	<b>NAME</b> 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			

<b>2</b>	Social Security number previously assigned to the person listed in item 1	[ ] [ ] [ ] - [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ]
----------	---	---

<b>3</b>	<b>PLACE OF BIRTH</b> (Do Not Abbreviate) City _____ State or Foreign Country _____	Office Use Only FCI	<b>4</b>	<b>DATE OF BIRTH</b> MM/DD/YYYY
----------	--	------------------------	----------	------------------------------------

<b>5</b>	<b>CITIZENSHIP</b> (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)
----------	-----------------------------------	---------------------------------------	--	--	---

<b>6</b>	<b>ETHNICITY</b> Are You Hispanic or Latino? (Your Response is Voluntary) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<b>7</b>	<b>RACE</b> 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

<b>8</b>	<b>SEX</b>	<input type="checkbox"/> Male	<input type="checkbox"/> Female
----------	------------	-------------------------------	---------------------------------

<b>9</b>	<b>A. PARENT/ MOTHER'S NAME AT HER BIRTH</b>	First	Full Middle Name	Last
	<b>B. PARENT/ MOTHER'S SOCIAL SECURITY NUMBER</b> (See instructions for 9 B on Page 3)	[ ] [ ] [ ] - [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ]		<input type="checkbox"/> Unknown

<b>10</b>	<b>A. PARENT/ FATHER'S NAME</b>	First	Full Middle Name	Last
	<b>B. PARENT/ FATHER'S SOCIAL SECURITY NUMBER</b> (See instructions for 10B on Page 3)	[ ] [ ] [ ] - [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ]		<input type="checkbox"/> Unknown

<b>11</b>	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.)
-----------	---

<b>12</b>	Name shown on the most recent Social Security card issued for the person listed in item 1	First	Full Middle Name	Last
-----------	---	-------	------------------	------

<b>13</b>	Enter any different date of birth if used on an earlier application for a card			MM/DD/YYYY
-----------	--	--	--	------------

<b>14</b>	<b>TODAY'S DATE</b> MM/DD/YYYY	<b>15</b>	<b>DAYTIME PHONE NUMBER</b> Area Code _____ Number _____
-----------	-----------------------------------	-----------	---

<b>16</b>	<b>MAILING ADDRESS</b> (Do Not Abbreviate)	City	State/Foreign Country	ZIP Code
-----------	---	------	-----------------------	----------

I declare under penalty of perjury that I have examined all the information on this form, and on any accompanying statements or forms, and it is true and correct to the best to my knowledge.				
<b>17</b>	<b>YOUR SIGNATURE</b>	<b>18</b>	<b>YOUR RELATIONSHIP TO THE PERSON IN ITEM 1 IS:</b> <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		ITV	
PBC	EVI	EVA	EVC	PRA	NWR	DNR	UNIT		
EVIDENCE SUBMITTED						SIGNATURE AND TITLE OF EMPLOYEE(S) REVIEWING EVIDENCE AND/OR CONDUCTING INTERVIEW			
						DATE			
						DCL DATE			