

# ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

## Αίτηση για Κάρτα Κοινωνικής Ασφάλισης

**Η υποβολή αίτησης για κάρτα Κοινωνικής Ασφάλισης, είναι δωρεάν!**

### ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΤΕ ΑΥΤΗΝ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΝΑ:

- Αιτήσετε μια πρωτότυπη κάρτα Κοινωνικής Ασφάλισης
- Αιτήσετε μια κάρτα αντικατάστασης Κοινωνικής Ασφάλισης
- Αλλάξετε ή διορθώσετε πληροφορίες στο μητρώο σας στην Υπηρεσία Κοινωνικής Ασφάλισης

**ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ:** ΠΡΕΠΕΙ να υποβάλετε μια κατάλληλα συμπληρωμένη αίτηση και τα απαιτούμενα αποδεικτικά έγγραφα για να επεξεργαστούμε την αίτησή σας. Μπορούμε να αποδεχτούμε μόνο πρωτότυπα έγγραφα ή έγγραφα πιστοποιημένα από τον θεματοφύλακα του πρωτότυπου μητρώου. Πιστοποιημένα αντίγραφα ή φωτοτυπίες που δεν έχουν επικυρωθεί από το θεματοφύλακα του μητρώου δεν θα γίνουν αποδεκτά. Θα επιστρέψουμε όλα τα έγγραφα που έχετε υποβάλει με την αίτησή σας. Για βοήθεια καλέστε μας στον αριθμό 1-800-772-1213 ή επισκεφτείτε τον ιστότοπό μας στη διεύθυνση [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov).

### Πρωτότυπη κάρτα Κοινωνικής Ασφάλισης

Για να υποβάλετε αίτηση για μια πρωτότυπη κάρτα, πρέπει να μας προσκομίσετε τουλάχιστον δύο έγγραφα που να αποδεικνύουν την ηλικία, την ταυτότητα και την ιδιότητά σας ως πολίτης των Η.Π.Α. ή την τρέχουσα νόμιμη κατάσταση μετανάστευσης με άδεια εργασίας. Εάν δεν είστε πολίτης των Η.Π.Α. και δεν έχετε εξουσιοδότηση για εργασία από την Υπηρεσία DHS, πρέπει να αποδείξετε ότι υπάρχει ένας έγκυρος λόγος, μη εργασιακός, για τον οποίο ζητάτε μια κάρτα. Δείτε τη σελίδα 2 για μια εξήγηση των αποδεκτών εγγράφων.

**ΣΗΜΕΙΩΣΗ:** Εάν είστε 12 ετών ή άνω και δεν είχατε λάβει ποτέ αριθμό Κοινωνικής Ασφάλισης, πρέπει να υποβάλετε την αίτηση προσωπικά.

### Κάρτα αντικατάστασης Κοινωνικής Ασφάλισης

Για να αιτήσετε την έκδοση κάρτας αντικατάστασης, πρέπει να προσκομίσετε ένα έγγραφο που να αποδεικνύει την ταυτότητά σας. Εάν γεννηθήκατε εκτός των Η.Π.Α., πρέπει επίσης να προσκομίσετε έγγραφα που αποδεικνύουν ότι είστε πολίτης των Η.Π.Α. ή την τρέχουσα νόμιμη και εξουσιοδοτημένη για εργασία κατάστασή σας. Δείτε τη σελίδα 2 για μια εξήγηση των αποδεκτών εγγράφων.

### Αλλαγή πληροφοριών στο μητρώο σας στην Υπηρεσία Κοινωνικής Ασφάλισης

Για να αλλάξετε τις πληροφορίες στο μητρώο Κοινωνικής Ασφάλισης (π.χ. όνομα ή αλλαγή υπηκοότητας, ή να διορθώσετε την ημερομηνία γέννησης), πρέπει να προσκομίσετε έγγραφα που αποδεικνύουν την ταυτότητά σας, υποστηρίζουν την απαιτούμενη αλλαγή και τεκμηριώνουν το λόγο για την αλλαγή. Για παράδειγμα, μπορείτε να προσκομίσετε ένα πιστοποιητικό γέννησης για να δείξετε τη σωστή ημερομηνία γέννησης. Έγγραφα που αποδεικνύουν μια αλλαγή ονόματος πρέπει να είναι πρόσφατα και να αποτελούν στοιχεία πιστοποίησης του παλιού και του νέου σας ονόματος. Εάν η αλλαγή ονόματος συνέβη πριν από περισσότερα από δύο χρόνια ή εάν το έγγραφο της αλλαγής ονόματος δεν έχει αρκετές πληροφορίες για να αποδείξει την ταυτότητά σας, πρέπει να προσκομίσετε επίσης έγγραφα που αποδεικνύουν την ταυτότητά σας με το προηγούμενο όνομά σας ή και σε ορισμένες περιπτώσεις με το νέο σας νόμιμο όνομα. Εάν γεννηθήκατε εκτός των Η.Π.Α., πρέπει επίσης να προσκομίσετε ένα έγγραφο που αποδεικνύει ότι είστε πολίτης των Η.Π.Α. ή την τρέχουσα νόμιμη και εξουσιοδοτημένη για εργασία κατάστασή σας. Δείτε τη σελίδα 3 για μια εξήγηση των αποδεκτών εγγράφων.

### ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΣΤΙΣ ΚΑΡΤΕΣ ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Ο Δημόσιος Νόμος 108-458 περιορίζει τον αριθμό των καρτών αντικατάστασης Κοινωνικής Ασφάλισης που μπορείτε να λάβετε σε 3 ανά ημερολογιακό έτος και 10 κατά τη διάρκεια της ζωής σας. Οι κάρτες που εκδίδονται λόγω αλλαγής του νόμιμου ονόματός σας ή αλλαγών στα στοιχεία της άδειας εργασίας δεν προσμετρούνται για αυτά τα όρια. Μπορεί επίσης να επιτρέψουμε εξαιρέσεις σε αυτά τα όρια εάν προσκομίσετε αποδεικτικά στοιχεία από μια επίσημη πηγή που να καθορίζουν ότι απαιτείται μια κάρτα Κοινωνικής Ασφάλισης.

### ΕΑΝ ΕΧΕΤΕ ΟΠΟΙΕΣΔΗΠΟΤΕ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

Εάν έχετε οποιοσδήποτε ερωτήσεις σχετικά με αυτό το έντυπο ή τα αποδεικτικά έγγραφα που πρέπει να προσκομίσετε, παρακαλούμε επισκεφτείτε τον ιστότοπό μας στη διεύθυνση [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov) για πρόσθετες πληροφορίες όπως και τις τοποθεσίες των γραφείων μας και των Κέντρων Καρτών Κοινωνικής Ασφάλισης. Μπορείτε επίσης να καλέσετε την Υπηρεσία Κοινωνικής Ασφάλισης στον αριθμό 1-800-772-1213. Μπορείτε επίσης να βρείτε το πλησιέστερο γραφείο ή Κέντρο Καρτών στον τοπικό τηλεφωνικό κατάλογο.

## ΑΠΟΔΕΙΚΤΙΚΑ ΕΓΓΡΑΦΑ

Οι παρακάτω λίστες αποτελούν παραδείγματα των τύπων των εγγράφων που πρέπει να προσκομίσετε μαζί με την αίτησή σας και δεν περιέχουν όλα τα έγγραφα. Καλέστε μας στον αριθμό 1-800-772-1213 εάν δεν μπορείτε να μας προσκομίσετε αυτά τα έγγραφα.

**ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ:** Εάν συμπληρώνετε την αίτηση εκ μέρους κάποιου άλλου, πρέπει να μας προσκομίσετε αποδεικτικά στοιχεία που δείχνουν την εξουσιοδότησή σας για την υπογραφή της αίτησης όπως και έγγραφα που αποδεικνύουν την ταυτότητά σας και την ταυτότητα του ατόμου για λογαριασμό του οποίου συμπληρώνετε την αίτηση. Μπορούμε να αποδεχτούμε μόνο πρωτότυπα έγγραφα ή έγγραφα πιστοποιημένα από τον θεματοφύλακα του πρωτότυπου μητρώου. Πιστοποιημένα αντίγραφα ή φωτοτυπίες που δεν έχουν επικυρωθεί από τον θεματοφύλακα του μητρώου δεν θα γίνουν αποδεκτά.

### Απόδειξη ηλικίας

Γενικά, πρέπει να μας προσκομίσετε το πιστοποιητικό γέννησής σας. Σε ορισμένες περιπτώσεις, μπορεί να αποδεχτούμε άλλα έγγραφα που αποδεικνύουν την ηλικία σας. Ορισμένα από τα άλλα έγγραφα που μπορούμε να αποδεχτούμε είναι:

- Πιστοποιητικό νοσοκομείου στις Η.Π.Α. από το μητρώο της γέννησής σας (δημιουργείται κατά τη γέννηση στο νοσοκομείο)
- Πιστοποιητικό θρησκευτικού ιδρύματος που συντάχθηκε πριν την ηλικία των πέντε ετών και δείχνει την ηλικία σας ή την ημερομηνία γέννησής σας
- Διαβατήριο
- Τελική δικαστική απόφαση υιοθεσίας (η απόφαση της υιοθεσίας πρέπει να αποδεικνύει ότι η ημερομηνία γέννησης λήφθηκε από το πρωτότυπο πιστοποιητικό γέννησης)

### Αποδεικτικά στοιχεία ταυτότητας

Πρέπει να προσκομίσετε πρόσφατη, μη ληγμένη ταυτότητα με το νόμιμο όνομά σας. Το νόμιμο όνομά σας θα εμφανίζεται στην κάρτα Κοινωνικής Ασφάλισης. Γενικά προτιμούμε να μας προσκομίσετε έγγραφα που έχουν εκδοθεί στις Η.Π.Α. Τα έγγραφα που υποβάλλετε για να αποδείξετε την ταυτότητά σας πρέπει να παρουσιάζουν το νόμιμο όνομά σας ΚΑΙ να παρέχουν βιογραφικές πληροφορίες (την ημερομηνία γέννησής σας ή τα ονόματα των γονέων σας) **ή και** φυσικά χαρακτηριστικά (φωτογραφία ή φυσική περιγραφή - ύψος, χρώμα ματιών και μαλλιών κ.λπ.). Εάν στείλετε ένα έγγραφο ταυτότητας με φωτογραφία αλλά δεν προσέλθετε στο γραφείο μας προσωπικά, τότε το έγγραφο πρέπει να παρουσιάζει τις βιογραφικές σας πληροφορίες (π.χ. ημερομηνία γέννησης, ηλικία ή ονόματα γονέων). Γενικά, έγγραφα χωρίς ημερομηνία λήξης πρέπει να έχουν εκδοθεί εντός των περασμένων δύο ετών για ενήλικους και εντός των περασμένων τεσσάρων ετών για παιδιά.

Ως απόδειξη των στοιχείων της ταυτότητάς σας, πρέπει να μας προσκομίσετε:

- Δίπλωμα οδήγησης που έχει εκδοθεί στις Η.Π.Α. ή
- Κάρτα πολιτειακής ταυτότητας (State ID) ή
- Διαβατήριο των Η.Π.Α.

Εάν δεν έχετε κάποιο από τα παραπάνω έγγραφα ή δεν μπορείτε να εξασφαλίσετε αντίγραφο εντός 10 εργάσιμων ημερών, μπορεί να αποδεχτούμε άλλα έγγραφα που μας δείχνουν το νόμιμο όνομά σας και τις βιογραφικές σας πληροφορίες, όπως ταυτότητα των ενόπλων δυνάμεων των Η.Π.Α., Πιστοποιητικό Υπηκοότητας, κάρτα υπαλλήλου, επικυρωμένο αντίγραφο ιατρικού μητρώου (από κλινική, γιατρό ή νοσοκομείο), κάρτα ασφάλισης υγείας, κάρτα της Medicare ή κάρτα/έγγραφο σχολικής ταυτότητας. Για παιδιά μικρής ηλικίας μπορεί να αποδεχτούμε ιατρικές εγγραφές (από κλινική, γιατρό ή νοσοκομείο) που διατηρούνται από τον πάροχο υγείας. Μπορεί επίσης να αποδεχτούμε μια τελική απόφαση υιοθεσίας ή μια κάρτα σχολικής ταυτότητας ή άλλο πιστοποιητικό σχολικού μητρώου που διατηρείται από το σχολείο.

Εάν δεν είστε πολίτης των Η.Π.Α., πρέπει να μας προσκομίσετε τα τρέχοντα έγγραφα της μεταναστευτικής σας κατάστασης στις Η.Π.Α. και το ξένο σας διαβατήριο, μαζί με βιογραφικές πληροφορίες ή φωτογραφία.

**ΔΕΝ ΜΠΟΡΟΥΜΕ ΝΑ ΑΠΟΔΕΧΤΟΥΜΕ ΕΝΑ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΓΕΝΝΗΣΗΣ, ΕΝΑ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΤΥΠΟΥ «ΣΟΥΒΕΝΙΡ», ΕΝΑ ΑΠΟΚΟΜΜΑ ΜΙΑΣ ΚΑΡΤΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ Ή ΕΝΑ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΤΟΥ ΜΗΤΡΩΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ** ως αποδεικτικό στοιχείο της ταυτότητάς σας.

### Απόδειξη υπηκοότητας των Η.Π.Α.

Γενικά, πρέπει να μας προσκομίσετε το πιστοποιητικό γέννησής σας στις Η.Π.Α. ή το διαβατήριο των Η.Π.Α. Άλλα έγγραφα που μπορείτε να προσκομίσετε είναι μια Αναφορά Γέννησης από Προξενική Αρχή, Πιστοποιητικό Υπηκοότητας ή Πιστοποιητικό Απόκτησης Υπηκοότητας.

### Απόδειξη μεταναστευτικής ιδιότητας

Πρέπει να μας προσκομίσετε ένα ισχύον, μη ληγμένο έγγραφο που έχει εκδοθεί για εσάς από την Υπηρεσία Εθνικής Ασφαλείας (Department of Homeland Security, DHS) το οποίο να δείχνει τη μεταναστευτική σας ιδιότητα, όπως ένα Έντυπο I-551, I-94, ή I-766. Εάν είστε διεθνής φοιτητής ή επισκέπτης (exchange visitor), πρέπει να προσκομίσετε πρόσθετα έγγραφα όπως ένα έντυπο I-20, DS-2019 ή μια επιστολή που να εξουσιοδοτεί την απασχόλησή σας από το σχολείο σας και ένα έγγραφο εργοδότη (F-1) ή αναδόχου (J-1). ΔΕΝ ΜΠΟΡΟΥΜΕ να αποδεχτούμε απόδειξη που να δείχνει ότι έχετε υποβάλει αίτηση για το έγγραφο. Εάν δεν έχετε άδεια εργασίας στις Η.Π.Α., μπορούμε να εκδώσουμε για σας μια κάρτα Κοινωνικής Ασφάλισης μόνο εάν χρειάζεστε τον αριθμό για μη εργασιακούς λόγους. Η κάρτα σας θα περιέχει μια σημείωση που θα καθορίζει ότι δεν μπορείτε να εργαστείτε και εάν εργαστείτε τότε θα ενημερώσουμε την Υπηρεσία DHS. Δείτε τη σελίδα 5, παράγραφος 5 για περισσότερες πληροφορίες.

## ΠΩΣ ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΕΤΕ ΑΥΤΗΝ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ

Συμπληρώστε και υπογράψτε αυτήν την αίτηση **ΜΕ ΚΑΘΑΡΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ** χρησιμοποιώντας **ΜΟΝΟ** μαύρο ή μπλε στυλό στην επισυναπτόμενη φόρμα ή εκτυπώνοντας τη φόρμα από το διαδίκτυο μόνο σε χαρτί 8 1/2" x 11" (ή A4 8,25" x 11,7").

**ΓΕΝΙΚΑ:** Τα στοιχεία στη φόρμα είναι εύκολα κατανοητά ή συζητούνται παρακάτω. Οι αριθμοί ανταποκρίνονται στα αριθμημένα στοιχεία στη φόρμα. Εάν συμπληρώνετε αυτή τη φόρμα για κάποιον άλλο, παρακαλούμε συμπληρώστε τα στοιχεία όπως ισχύουν για αυτό το άτομο.

4. Καθορίστε το μήνα, την ημέρα και το πλήρες έτος (4 ψηφία) γέννησής σας. Για παράδειγμα, χρησιμοποιήστε «1998» ως έτος γέννησης.

5. Εάν τσεκάρετε το «Νόμιμος Αλλοδαπός που δεν επιτρέπεται να εργαστεί» ή «Άλλο», πρέπει να προσκομίσετε ένα έγγραφο από την Ομοσπονδιακή, Πολιτειακή ή τοπική κρατική υπηρεσία των Η.Π.Α. που να εξηγεί γιατί χρειάζεστε αριθμό Κοινωνικής Ασφάλισης και ότι ανταποκρίνεστε σε όλες τις προϋποθέσεις για τις κρατικές παροχές. ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Οι περισσότερες υπηρεσίες δεν απαιτούν να έχετε αριθμό Κοινωνικής Ασφάλισης. Επικοινωνήστε μαζί μας για να δείτε εάν ο δικός σας λόγος σας δίνει το δικαίωμα για αριθμό Κοινωνικής Ασφάλισης.

6., 7. Η παροχή φυλετικών πληροφοριών και πληροφοριών εθνικής καταγωγής είναι εθελοντική και απαιτείται μόνο για πληροφοριακούς και στατιστικούς λόγους. Η επιλογή σας εάν θέλετε να απαντήσετε ή όχι δεν επηρεάζει τις αποφάσεις που θα λάβουμε για την αίτησή σας. Εάν δώσετε αυτές τις πληροφορίες, θα χειριστούμε την αίτησή σας πολύ προσεκτικά.

9.B., 10.B. Εάν υποβάλλετε αίτηση για πρωτότυπη Κάρτα Κοινωνικής Ασφάλισης για ένα παιδί με ηλικία κάτω των 18 ετών, ΠΡΕΠΕΙ να δείξετε τους αριθμούς Κοινωνικής Ασφάλισης των γονέων εκτός εάν οι γονείς δεν είχαν ποτέ αριθμό Κοινωνικής Ασφάλισης. Εάν ο αριθμός δεν είναι γνωστός και δεν μπορείτε να τον βρείτε, τσεκάρετε το πλαίσιο «άγνωστος».

13. Εάν η ημερομηνία γέννησης στο στοιχείο 4 είναι διαφορετική από την ημερομηνία γέννησης που παρουσιάζεται προς το παρόν στο μητρώο Κοινωνικής Ασφάλισης, τότε δείξτε την ημερομηνία γέννησης που φαίνεται προς το παρόν στο μητρώο σας στο στοιχείο 13 και προσκομίστε αποδεικτικά στοιχεία για να υποστηρίξετε την ημερομηνία γέννησης που φαίνεται στο στοιχείο 4.

16. Καθορίστε μια διεύθυνση στην οποία μπορείτε να λάβετε την κάρτα σας εντός 7-14 ημερών από σήμερα.

17. ΠΟΙΟΣ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΥΠΟΓΡΑΨΕΙ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ; Εάν είστε 18 ετών ή άνω και είστε σωματικά και πνευματικά ικανός να διαβάσετε και να συμπληρώσετε την αίτηση, πρέπει να υπογράψετε στο στοιχείο 17. Εάν είστε κάτω των 18 ετών, μπορείτε να υπογράψετε ο ίδιος ή μπορεί να υπογράψει ένας γονέας ή νόμιμος κηδεμόνας για λογαριασμό σας. Εάν είστε άνω των 18 ετών και δεν μπορείτε να υπογράψετε για λογαριασμό σας, τότε ένας νόμιμος κηδεμόνας, γονέας ή συγγενής σας μπορεί γενικά να υπογράψει για λογαριασμό σας. Εάν δεν μπορείτε να υπογράψετε, πρέπει να σημειώσετε ένα «X» και να ζητήσετε από δύο άλλα άτομα να υπογράψουν ως μάρτυρες στο χώρο δίπλα στο σημάδι που γράψατε. Παρακαλούμε μην αλλάζετε την υπογραφή σας συμπεριλαμβάνοντας πρόσθετες πληροφορίες στη γραμμή της υπογραφής επειδή αυτό μπορεί να καταστήσει άκυρη την αίτησή σας. Επικοινωνήστε μαζί μας εάν έχετε ερωτήσεις σχετικά με το ποιος μπορεί να υπογράψει την αίτησή σας.

## ΠΩΣ ΝΑ ΥΠΟΒΑΛΕΤΕ ΑΥΤΗΝ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ

Στις περισσότερες περιπτώσεις, μπορείτε να λάβετε ή να ταχυδρομήσετε αυτήν την υπογεγραμμένη αίτηση με τα έγγραφά σας σε οποιοδήποτε γραφείο Κοινωνικής Ασφάλισης. Οποιαδήποτε έγγραφα που μας στέλνετε θα επιστραφούν σε εσάς. Επισκεφτείτε τη σελίδα <https://secure.ssa.gov/apps6z/FOLLO/fo001.jsp> για να βρείτε το γραφείο Κοινωνικής Ασφάλισης ή το Κέντρο Καρτών Κοινωνικής Ασφάλισης που εξυπηρετεί την περιοχή σας.

## **ΠΡΟΣΤΑΤΕΨΤΕ ΤΟΝ ΑΡΙΘΜΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΑΡΤΑ**

Προστατέψτε την κάρτα και τον αριθμό κοινωνικής ασφάλισης από τυχόν απώλεια και κλοπή στοιχείων ταυτότητας. ΜΗΝ μεταφέρετε την κάρτα Κοινωνικής Ασφάλισης μαζί σας. Φυλάξτε την σε ασφαλές μέρος και πάρτε την μαζί σας μόνο όταν πρέπει να την επιδείξετε, π.χ. για να προσληφθείτε σε μια νέα θέση εργασίας, να ανοίξετε ένα νέο τραπεζικό λογαριασμό ή να λάβετε παροχές από συγκεκριμένες υπηρεσίες των Η.Π.Α.. Να προσέχετε όταν δίνετε τον αριθμό Κοινωνικής Ασφάλισης σε άλλους, ειδικά όταν σας τον ζητούν κατά τη διάρκεια τηλεφωνικών, ταχυδρομικών, email και διαδικτυακών συζητήσεων που δεν αρχίσατε εσείς.

### **ΔΗΛΩΣΗ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ ΠΕΡΙ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΑΠΟΡΡΗΤΟΥ** **Συλλογή και χρήση προσωπικών πληροφοριών**

Οι ενότητες 205(c) και 702 του Νόμου περί Κοινωνικής Ασφάλισης, όπως έχουν τροποποιηθεί, μας εξουσιοδοτούν να συλλέγουμε αυτές τις πληροφορίες. Οι πληροφορίες που μας παρέχετε θα χρησιμοποιηθούν για να σας χορηγηθεί ένας αριθμός Κοινωνικής Ασφάλισης και να εκδοθεί για σας μια κάρτα Κοινωνικής Ασφάλισης.

Οι πληροφορίες που μας παρέχετε σε αυτό το έντυπο είναι εθελοντικές. Ωστόσο, η μη παροχή των απαιτούμενων πληροφοριών μπορεί να μας εμποδίσει να εκδώσουμε έναν αριθμό και μία κάρτα Κοινωνικής Ασφάλισης.

Χρησιμοποιούμε σπάνια τις πληροφορίες που μας παρέχετε για λόγους διαφορετικούς από την έκδοση ενός αριθμού και μίας κάρτας Κοινωνικής Ασφάλισης. Ωστόσο, μπορεί να τις χρησιμοποιήσουμε για τη διαχείριση και ακεραιότητα των προγραμμάτων Κοινωνικής Ασφάλισης. Μπορεί επίσης να γνωστοποιήσουμε τις πληροφορίες σε ένα άλλο άτομο ή μια άλλη υπηρεσία σύμφωνα με τις εγκεκριμένες τυπικές χρήσεις που περιλαμβάνουν, χωρίς περιορισμό, τις παρακάτω:

1. Για να δώσουμε τη δυνατότητα σε ένα τρίτο μέρος ή μια υπηρεσία να βοηθήσει την Υπηρεσία Κοινωνικής Ασφάλισης για την εξασφάλιση δικαιωμάτων σε παροχές ή και καλύψεις Κοινωνικής Ασφάλισης.
2. Για τη συμμόρφωση με τους Ομοσπονδιακούς νόμους που απαιτούν την αποκάλυψη πληροφοριών από το μητρώο της Κοινωνικής Ασφάλισης (π.χ. στο Γραφείο Ελέγχου της Κυβέρνησης (Government Accountability Office) και στην Υπηρεσία Υποθέσεων Βετεράνων (Department of Veterans' Affairs)).
3. Για να καθορίσουμε την καταλληλότητα σε παρόμοια προγράμματα υγείας και εισοδήματος σε Ομοσπονδιακό, Πολιτειακό και τοπικό επίπεδο και
4. Για να διευκολύνουμε τη στατιστική έρευνα και τις δραστηριότητες ελέγχου ή επιθεωρήσεων που απαιτούνται για τη διασφάλιση της ακεραιότητας των προγραμμάτων Κοινωνικής Ασφάλισης.

Μπορεί επίσης να χρησιμοποιήσουμε τις πληροφορίες που μας παρέχετε για να τις διασταυρώσουμε με στοιχεία μέσω ηλεκτρονικού υπολογιστή. Ειδικά προγράμματα διασταύρωσης πληροφοριών συγκρίνουν τα αρχεία μας με αυτά των Ομοσπονδιακών, Πολιτειακών ή τοπικών κρατικών υπηρεσιών. Οι πληροφορίες από αυτά τα προγράμματα διασταύρωσης μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την καθιέρωση ή την επαλήθευση της καταλληλότητας ενός ατόμου για προγράμματα παροχών που χρηματοδοτούνται ή διαχειρίζονται από την Ομοσπονδιακή κυβέρνηση και για την εξόφληση των πληρωμών εκκρεμούντων χρεών βάσει αυτών των προγραμμάτων.

Πλήρεις λίστες των τυπικών χρήσεων αυτών των πληροφοριών διατίθενται στο Σύστημα Κοινοποίησης Εγγραφών 60-0058 (Master Files of Social Security Number (SSN) Holders and SSN Applications). Η Κοινοποίηση, οι πρόσθετες πληροφορίες που αφορούν σε αυτό το έντυπο και οι πληροφορίες που αφορούν στα συστήματα και τα προγράμματά μας διατίθενται on-line στη διεύθυνση [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov) ή σε οποιοδήποτε τοπικό γραφείο Κοινωνικής Ασφάλισης.

Αυτή η συλλογή πληροφοριών ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις του κώδικα 44 U.S.C. § 3507, όπως έχει τροποποιηθεί από την ενότητα 2 της Πράξης Περιορισμού Γραφειοκρατίας (Paperwork Reduction Act) του 1995. Δεν χρειάζεται να απαντήσετε σε αυτές τις ερωτήσεις, εκτός εάν επιδείξουμε έγκυρο αριθμό ελέγχου του Γραφείου Διαχείρισης και Προϋπολογισμού (Office of Management and Budget). Υπολογίζουμε ότι θα χρειαστείτε περίπου 8,5 έως 9,5 λεπτά για να διαβάσετε τις οδηγίες, να συλλέξετε τα δεδομένα και να απαντήσετε στις ερωτήσεις. Μπορείτε να μας στείλετε σχόλια σχετικά με τον υπολογισμό που κάναμε για το χρόνο αυτό, στη διεύθυνση: SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD 21235-6401. **Στείλτε μόνο σχόλια σχετικά με το δικό μας υπολογισμό χρόνου σε αυτήν τη διεύθυνση, όχι το συμπληρωμένο έντυπο.**



# 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		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<b>3</b>	<b>PLACE OF BIRTH</b> (Do Not Abbreviate) City	State or Foreign Country		<b>4</b>
		Office Use Only FCI	<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="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
		<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="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
		<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)	Street Address, Apt. No., PO Box, Rural Route No.		
		City	State/Foreign Country	ZIP Code
<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		
							DATE		