

CERTIFICACION DE MATRIMONIO

**VEA EL AVISO DE LA LEY DE
CONFIDENCIALIDAD LEY DE
REDUCCION DE TRAMITES AL
DORSO.**

ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL TRABAJADOR ASALARIADO O
LA PERSONA QUE TRABAJA POR CUENTA PROPIA

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

Yo soy el cónyuge de la persona mencionada a continuación, que ha solicitado beneficios de seguro bajo el Título II de la Ley del Seguro Social según enmendada.

NOMBRE DEL CÓNYUGE (Nombre)

(Nombre de soltera, si aplica)

(Apellido)

1. Indique si su matrimonio actual fue realizado por:

Clérigo o funcionario público autorizado Otro (Explique) _____

2. ¿Estaba casado antes de tu matrimonio actual?

Sí No

(Si respondió «sí», proporcione la siguiente información sobre cada uno de sus matrimonios anteriores).

MATRIMONIO ANTERIOR

CON QUIÉN SE CASÓ

CUÁNDO (mes, día, año)

DONDE (Ciudad y Estado)

CÓMO TERMINÓ EL MATRIMONIO

CUÁNDO (mes, día, año)

DONDE (Ciudad y Estado)

MATRIMONIO REALIZADO POR:

Clérigo o funcionario público
 otro (explique en «**OBSERVACIONES**»)

FECHA DE NACIMIENTO DEL
CÓNYUGE (o edad)

FECHA DE FALLECIMIENTO SI EL
CÓNYUGE HA FALLECIDO

Número de Seguro Social del Cónyuge
(Si no hay ninguno o es desconocido, indíquelo así)

MATRIMONIO ANTERIOR

CON QUIÉN SE CASÓ

CUÁNDO (mes, día, año)

DONDE (Ciudad y Estado)

CÓMO TERMINÓ EL MATRIMONIO

CUÁNDO (mes, día, año)

DONDE (Ciudad y Estado)

MATRIMONIO REALIZADO POR:

Clérigo o funcionario público
 otro (explique en «**OBSERVACIONES**»)

FECHA DE NACIMIENTO DEL
CÓNYUGE (o edad)

FECHA DE FALLECIMIENTO SI EL
CÓNYUGE HA FALLECIDO

Número de Seguro Social del Cónyuge
(Si no hay ninguno o es desconocido, indíquelo así)

COMENTARIOS: (Utilice este espacio y el dorso de este formulario para proveer información sobre cualquier otro matrimonio anterior, si es necesario)

Declaro bajo pena de perjurio que he examinado toda la información en este formulario, y en cualquier declaración o formulario que lo acompañe, y es verdadero y correcto a mi leal saber y entender. Entiendo que cualquier persona que a sabiendas dé una declaración falsa o engañosa sobre un hecho material en esta información, o haga que otra persona lo haga, comete un delito y puede ser enviado a prisión, o puede enfrentar otras sanciones, o ambas.

FIRMA DEL TRABAJADOR ASALARIADO O AUTÓNOMO		FECHA (mes, día, año)
FIRMA (Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido) (Escribir con tinta.)		NÚMERO DE TELÉFONO (código de área)
DIRECCIÓN DE CORREO (Número y Calle, Apto. No., P.O. Caja, o Ruta Rural)		
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

Se requieren testigos SOLO si esta declaración ha sido firmada por la marca (X) anterior. Si está firmado por la marca (X), dos testigos de la firma que conozcan al asalariado o trabajador por cuenta propia deberán firmar a continuación, dando su direcciones completas.

1. FIRMA DEL TESTIGO	2. FIRMA DEL TESTIGO
DIRECCIÓN (Número y Calle, Ciudad, Estado y Código Postal)	DIRECCIÓN (Número y Calle, Ciudad, Estado y Código Postal)

Declaración de la Ley de Privacidad Recopilación y uso de información personal

La Sección 205(a) de la Ley del Seguro Social, según enmendada, [42 U.S.C. 405(a)] nos autoriza a recopilar esta información. Utilizaremos la información que nos proporcione para ayudarnos a determinar la identidad de su cónyuge. La información que proporcione en este formulario es voluntaria. Sin embargo, no proporcionar la información solicitada puede impedirnos pagar beneficios a su cónyuge.

Nosotros raramente usamos la información que usted provee para ningún otro propósito que no sea determinar la identificación de su cónyuge. Sin embargo, podemos usarla para la administración e integridad de los programas del Seguro Social. También podemos divulgar información a otra persona u otra agencia de acuerdo con los usos rutinarios aprobados, que incluyen, pero no se limitan a lo siguiente:

1. Para permitir que un tercero o una agencia ayude al Seguro Social a establecer los derechos o cobertura a los beneficios de Seguro Social;
2. Para cumplir con los requisitos de leyes federales que requieren la divulgación de los registros del Seguro Social (ej., la Oficina de Contabilidad del Gobierno y el Departamento de Asuntos de Veteranos);
3. Para tomar decisiones de derecho a programas similares de salud y mantenimiento de ingresos al nivel federal, estatal y municipal; y
4. Para facilitar investigaciones estadísticas y actividades de auditorías investigativas necesarias para asegurar la integridad y mejoría de los programas del Seguro Social (ej., la Agencia del Censo y asuntos privados bajo contrato con el Seguro Social).

También podemos usar la información que nos provea en programas de comparación. Esto programas comparan nuestros registros con los registros que otras agencias federales, estatales o municipales mantienen. La información de estos programas se puede usar 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.

Una lista de usos rutinarios está disponible en nuestro Privacy Act Systems of Records Notices (Sistema de Registros de Avisos de la Ley de Confidencialidad o SORN, por sus siglas en inglés) 60-0089, titulado Claims Folders Systems. Puede encontrar más información y un listado completo de todos nuestros SORNs en nuestro sitio de internet en www.ssa.gov (solo disponible en inglés) o en cualquier oficina local del Seguro Social.

Declaración sobre la Ley para la 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 de Reducción de Trámites de 1995. No es un requisito que conteste estas preguntas a menos que mostremos un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). Calculamos que le tomará alrededor de 5 minutos leer las instrucciones, recopilar la información, y contestar las preguntas. **ENVÍE O TRAIGA EL FORMULARIO COMPLETO A SU OFICINA LOCAL DEL SEGURO SOCIAL. Puede encontrar su oficina local del Seguro Social a través del sitio web de la SSA en www.socialsecurity.gov. Las oficinas también se enumeran en U. S. Agencias gubernamentales en su directorio telefónico o puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778). Puede enviar comentarios sobre nuestra estimación de tiempo anterior a: SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD 21235-6401. ENVÍE O TRAIGA EL FORMULARIO LLENO A SU OFICINA LOCAL DEL SEGURO SOCIAL. La oficina se encuentra en el directorio telefónico bajo Agencias del gobierno de los EE. UU. o puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778). Puede enviar comentarios sobre la estimación de tiempo antes mencionado a: SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD 21235-6401. **Envíe solo comentarios relacionados con nuestra estimación de tiempo a esta dirección, no al formulario completado.****