

AUTORIZACION PARA LA COMPRA E INSTRUCCIONES PARA CAMBIOS  
**BONOS DE AHORRO DE LOS EE.UU., SERIE EE (U.S. SAVINGS BONDS)**  
**BONOS DE AHORRO DE LOS EE.UU., SERIE I CON AJUSTE PARA LA INFLACION**

ESCRIBASE CON TINTA O A MAQUINA

FECHA \_\_\_\_\_ NO. DE SEGURO SOCIAL O DE NOMINA \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL EMPLEADO \_\_\_\_\_  
(Nombre) (Inicial) (Apellido)

DEPARTAMENTO/AGENCIA \_\_\_\_\_ OFICINA \_\_\_\_\_ SUCURSAL \_\_\_\_\_ TELEFONO DE TRABAJO \_\_\_\_\_

**ACCION**  
Su voluntario de campaña o su oficina de pago indicarán las cantidades que se pueden retener del sueldo.  
 **A Comenzar Ahorros**    **B Aumentar Ahorros**    **C Cambiar de Denominación**    **D Cambiar Inscripción de los Bonos**    **E Otra Acción (Explique abajo)**

OTRA ACCION  
(Si marcó "E" arriba)

Si marcó A, B, o C arriba indique cuánto ahorrar de cada pago. \$ \_\_\_\_\_

ELIJA SERIE    **BONO I**    **EE**   (El precio de un Bono EE es la mitad de la denominación del bono que se compra.)  
(El precio de un Bono I es igual a la denominación del bono que se compra.)

ELIJA DENOMINACION (VALOR NOMINAL)    \$50    \$75    \$100   \$200   \$500    \$1,000  
Bono I solamente   Bono I o Serie EE

**COMO INSCRIBIR LOS BONOS** Complétese si (a) marcó A o D arriba, o si (b) compra más de un bono.

NOMBRE DEL PROPIETARIO \_\_\_\_\_  
(Nombre) (Nombre o Inicial) (Apellido)

NO. DE SEGURO SOCIAL (Obligatorio) \_\_\_\_\_

DIRECCION { \_\_\_\_\_  
(Número y Calle)  
\_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ (Estado) \_\_\_\_\_ (ZIP-Código Postal)

**Marque uno si desea nombrar a un copropietario o beneficiario.**    **COPROPIETARIO**    **BENEFICIARIO**

NOMBRE \_\_\_\_\_  
(Nombre) (Nombre o Inicial) (Apellido)

NO. DE SEGURO SOCIAL (Opcional) \_\_\_\_\_

**NOTA:** Las mujeres casadas deben usar su nombre de pila, Vg. "María L Pérez." Debe indicarse el número de seguro social del copropietario o beneficiario, si los hubiera, pero no es obligatorio. Es opcional el uso de títulos, Vg. "Sra." o "Dr."

VIGENTE EL PRIMER PERIODO DE PAGA DESPUES DE \_\_\_\_\_

FIRMA DEL EMPLEADO \_\_\_\_\_  
(Firme este formulario y entréguelo a su oficina de pagos o a su voluntario de la campaña de bonos de ahorro.)

Por la presente autorizo a mi empleador a retener de mi sueldo la cantidad indicada para comprar Bonos de Ahorro de los EE.UU. con la inscripción indicada en este formulario. Esta autorización seguirá en vigencia hasta que yo la suspenda por escrito o se termine mi empleo.

**DECLARACIONES PARA LAS LEYES DE PRIVACIDAD Y REDUCCION DE FORMULARIOS (PAPERWORK REDUCTION ACT):**  
La Oficina de la Deuda Pública del Departamento del Tesoro mantiene datos para identificar a los propietarios de bonos de ahorro. Sírvase llenar la información que le corresponde para que podamos emitir los bonos de ahorro y mantener datos exactos según la autoridad del Título 31 del Código de los Estados Unidos, Capítulo 31. No revelamos información sino conforme a la ley.

Estimamos que usted tardará 01 minuto en llenar este formulario. Sin embargo, no tiene que dar la información que se le pide si el formulario no lleva un número válido de control de la OMB. Cualquier comentario o sugerencia relativa a este formulario debe dirigirse al Bureau of the Public Debt, Forms Management Officer, Parkersburg, WV 26106-1328.