

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ

Αίτηση για Κάρτα Κοινωνικής Ασφάλισης

Η αίτηση για Κάρτα Κοινωνικής Ασφάλισης είναι δωρεάν!

ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΤΕ ΑΥΤΟ ΤΟ ΕΝΤΥΠΟ ΓΙΑ ΝΑ ΚΑΝΕΤΕ ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:

- Ένα πρωτότυπο κάρτας Κοινωνικής Ασφάλισης
- Ένα αντίγραφο κάρτας Κοινωνικής Ασφάλισης
- Μια αλλαγή στις πληροφορίες στο αρχείο σας.

ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ: ΠΡΕΠΕΙ να μας παράσχετε την αιτούμενη απόδειξη, διαφορετικά δεν μπορούμε να διεκπεραιώσουμε την αίτηση. Ακολουθήστε τις παρακάτω οδηγίες για να μας παρέχετε τις πληροφορίες και την απόδειξη που χρειαζόμαστε.

ΒΗΜΑ 1 Διαβάστε τις οδηγίες σε αυτή την αίτηση. Περιλαμβάνουν σημαντικές πληροφορίες για τα έντυπα που μπορείτε να φέρετε σαν αποδεικτικά στοιχεία και πώς να συμπληρώσετε και υποβάλλετε την αίτηση.

ΒΗΜΑ 2 Συμπληρώστε και υπογράψτε την αίτηση χρησιμοποιώντας ΜΠΛΕ ή ΜΑΥΡΟ μελάνι. **Μη** χρησιμοποιήσετε μολύβι ή άλλο χρώμα μελάνι. Παρακαλούμε καθαρογράψτε. Εάν τυπώσετε την αίτηση από την ιστοσελίδα μας, πρέπει να τυπώσετε σε άσπρο χαρτί 8 ½" x 11", (Αν ζείτε έξω από τις Η.Π.Α. και δεν μπορείτε να βρείτε χαρτί 8 ½" x 11", το μόνο δεκτό χαρτί είναι 8.25" x 11.7").

ΒΗΜΑ 3 Υποβάλετε την ολοκληρωμένη και υπογραμμένη αίτηση μαζί με όλα τα απαραίτητα αποδεικτικά στοιχεία σε οποιοδήποτε γραφείο της Κοινωνικής Ασφάλισης.

ΠΩΣ ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΕΤΕ ΑΥΤΗΝ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ

Τις περισσότερες πολλές φορές, μπορείτε να ταχυδρομήσετε ή να φέρεται την αίτηση μαζί με τα ενδεικτικά έντυπα σε οποιοδήποτε γραφείο της Κοινωνικής Ασφάλισης. Εάν όμως ζείτε σε μια περιοχή που εξυπηρετείται από ένα κέντρο για κάρτες Κοινωνικής Ασφάλισης ίσως πρέπει να παρουσιασθείτε αυτοπροσώπως για οποιαδήποτε υπηρεσία Κοινωνικής Ασφάλισης. Θα σας επιστρέψουμε τα έντυπα σας.

ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ: Εάν είστε 12 ετών η παραπάνω και ποτέ δεν σας έχει δοθεί αριθμός Κοινωνικής Ασφάλισης, πρέπει να κάνετε αίτηση αυτοπροσώπως.

Εάν έχετε ερωτήσεις για την αίτηση ή για τα ενδεικτικά έντυπα που χρειαζόμαστε, παρακαλούμε επισκεφθείτε την ιστοσελίδα μας στο www.socialsecurity.gov. Με το να μας επισκεφθήτε στο διαδίκτυο θα σιγουρευτείτε για το τι θα χρειαστείτε για να κάνετε αίτηση για την κάρτα η να αλλάξετε στοιχεία στο αρχείο σας. Μπορείτε επίσης να τηλεφωνήσετε την Κοινωνική Ασφάλεια στο 1-800-772-1213 ή επισκεφθήτε το τοπικό γραφείο. Μπορείτε να βρείτε το κοντύτερο γραφείο ή κέντρο καρτών Κοινωνικής Ασφαλείας από τον τηλεφωνικό κατάλογο ή από την ιστοσελίδα μας.

ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΣΕΤΕ ΤΗΝ ΚΑΡΤΑ ΚΑΙ ΝΟΥΜΕΡΟ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΣΑΣ

Προστατεύστε την κάρτα και το νούμερο σας από απώλεια και κλοπή ταυτότητας. **ΜΗΝ** φέρεται την κάρτα μαζί σας. Βάλετε τη σε ένα ασφαλές μέρος και βγάζετε την μόνο αν χρειασθεί να την δείξετε, όπως για να βρείτε μια καινούργια εργασία, να ανοίξατε λογαριασμό τραπεζής ή να λάβετε επιδόματα από ορισμένες υπηρεσίες των Η.Π. **ΜΗΝ** επιτρέπετε σ' άλλους να χρησιμοποιούν τον αριθμό σας για δικό τους.

ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΑ ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΑ ΕΝΤΥΠΑ

Πρέπει να φέρετε τα απαιτούμενα έντυπα σύμφωνα με το είδος της αίτησης. Θα υπάρξουν περιπτώσεις που θα χρειασθεί να βεβαιώσουμε ένα έντυπο με την εκδότρια υπηρεσία Εάν τα έντυπα σας δεν ταυτίζονται μ' αυτούς τους κανονισμούς δεν μπορούμε να επεξεργασθούμε την αίτησή σας.

- Χρειαζόμαστε **ΠΡΩΤΟΤΥΠΑ** έντυπα η **φωτοαντίγραφα πιστοποιημένα από την υπηρεσία που τα εξέδωσε**.
- Δεν μπορούμε να δεχθούμε φωτοαντίγραφα η φωτοαντίγραφα θεωρημένα από συμβολαιογράφο.
- Δείτε **ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΑ ΕΓΓΡΑΦΑ ΠΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΔΟΥΜΕ** στη σελίδα 3.

ΠΡΩΤΟΤΥΠΗ ΚΑΡΤΑ: Για να κάνετε αίτηση για πρωτότυπη κάρτα, θα χρειασθεί να παρουσιάσετε το λιγότερο δυο έγγραφα που να δείχνουν την ηλικία σας, ταυτότητα και υπηκοότητα των Η.Π.Α. ή παρούσα νόμιμη, έγκυρη για εργασία μεταναστευτική κατάσταση. Εάν δεν είστε πολίτης των Η.Π. ή δεν έχετε παρούσα νόμιμη έγκυρη για εργασία μεταναστευτική κατάσταση, πρέπει να αποδείξετε ότι έχετε έγκυρη μη εργασίας αιτία που ζητείτε μια κάρτα. (Δείτε **ΠΩΣ ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΕΤΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ, σελίδα 2, νούμερο 3**).

ΑΝΑΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΡΤΑ: Για να κάνετε αίτηση για αναπληρωματική κάρτα, πρέπει να αποδείξετε την ταυτότητα σας δείτε ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ, σελίδα 3). Εάν γεννηθήκατε έξω από τις Η.Π.Α., θα χρειασθείτε να αποδείξετε την υπηκοότητα των Η.Π.Α. ή τη παρούσα, έγκυρη για εργασία μεταναστευτική κατάσταση σας.

ΑΛΛΑΓΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ: Εάν χρειάζεται να διορθώσετε κάποια πληροφορία στη κάρτα της Κοινωνικής Ασφάλισης, ή κάποια πληροφορία που δείχνουν τα αρχεία μας, (π.χ. αλλαγή ονόματος, ή διορθωμένη χρονολογία γεννήσεως), θα πρέπει να αποδείξετε την ταυτότητα σας και να προσκομίσετε έγγραφα που αποδεικνύουν την αλλαγή και αποδεικνύουν την αφορμή για την αλλαγή (π.χ. ένα πιστοποιητικό γεννήσεως για να δείξετε το διορθωμένο μέρος γεννήσεως.) ένα έγγραφο αλλαγής ονόματος(π.χ. έγγραφο γάμου) πρέπει να σας δείχνει με τα δυο ονόματα, το παλαιό και το καινούργιο. Εάν δεν έχει αρκετές αποδεικτικές πληροφορίες (Δείτε ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ, σελίδα 3), θα σας ζητήσουμε ένα έγγραφο ταυτότητας με το προηγούμενο όνομα σας και ένα με το καινούργιο νόμιμο όνομα μαζί με το έγγραφο που δείχνει την αλλαγή ονόματος. Εάν είσατε γεννημένοι έξω από τις Η.Π. θα χρειασθεί να αποδείξετε την υπηκοότητα των Η.Π.Α. ή την τρέχουσα έγκυρη μεταναστευτική ιδιότητα σας.

ΟΡΙΑ ΣΤΙΣ ΑΝΑΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΕΣ ΚΑΡΤΕΣ (SSN)ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Ο δημόσιος νόμος 108-458 επιβάλλει όρια στο νούμερο των αναπληρωματικών (SSN) καρτών που μπορείτε να λάβετε 3 ανά έτος και 10 κατά την διάρκεια της ζωής σας. Μέσα σ' αυτά τα όρια η Κοινωνική Ασφάλισης δεν λαμβάνει υπό όψη νόμιμες αλλαγές σε ονόματα (π.χ. πρώτο όνομα η επίθετο), ή αλλαγές επάνω στο χώρο της κάρτας της Κοινωνικής Ασφαλείας (π.χ. έγκυρο για εργασία με την έγκριση της Υπηρεσίας Εσωτερικής Ασφαλείας, ή μη-έγκυρο για εργασία). Επί πλέον, μπορεί να παραχωρήσουμε εξαιρέσεις σε ορισμένες περιπτώσεις εάν μπορείτε να αποδείξετε ότι χρειάζεσθε αριθμό πέρα από αυτά τα όρια (π.χ. επιστολή από την κοινωνική υπηρεσία που λέγει ότι πρέπει να δείξετε την SSN κάρτα για να πάρετε επιδόματα.

ΠΩΣ ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΕΤΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ.

Τα περισσότερα στοιχεία στην αίτηση είναι αυτεξήγητα. Εκείνα που χρειάζονται εξήγηση συζητούνται παρακάτω. Οι αριθμοί συμφωνούν με τα αριθμημένα στοιχεία στη αίτηση. Αν συμπληρώσετε το έντυπο για κάποιον άλλον, παρακαλούμε συμπληρώστε τα στοιχεία που αφορούν αυτόν όχι τα δικά σας.

2. Γράψτε τη διεύθυνση όπου μπορείτε να λάβετε την κάρτα σας σε 10 με 14 μέρες από σήμερα.
3. Αν σημειώσατε το «Legal Alien **Not** Allowed to Work (νόμιμος αλλοδαπός χωρίς άδεια εργασίας)», θα πρέπει να χορηγήσετε ένα έγγραφο από την κρατική, πολιτειακή ή τοπική υπηρεσία των Η.Π. η οποία εξηγεί γιατί χρειάζεσθε αριθμό Κοινωνικής Ασφάλισης και ότι συμπληρώνετε όλες τις απαιτήσεις για το ομοσπονδιακό επίδομα των Η.Π.Α. Σημείωση: Όλα τα πολιτειακά ή τοπικά επιδόματα δεν είναι δεκτά για αριθμό μη-εργασίας από την Κοινωνική Ασφάλιση. Επικοινωνήστε με την Κοινωνική Ασφάλιση για να δείτε εάν η αιτία σας είναι δικαιούχα.
Αν σημειώσατε το «Other (άλλου)», θα πρέπει να παρέχετε έγγραφο από την κυβερνητική υπηρεσία των Η.Π. που εξηγεί γιατί χρειάζεσθε αριθμό της Κοινωνικής Ασφάλισης και ότι συμπληρώνεται όλες τις απαιτήσεις για το ομοσπονδιακό επίδομα εκτός από τον αριθμό.
5. Η παροχή πληροφοριών φυλής/εθνικότητας είναι εθελοντική. Ωστόσο αν μας δώσετε αυτήν την πληροφορία, θα μας βοηθήσετε να ετοιμάσουμε τις στατιστικές αναφορές σχετικά με τον τρόπο που τα προγράμματα Κοινωνικής Ασφάλισης επηρεάζουν τον κόσμο. Δεν φανερώνουμε την ιδιότητα κανενός προσώπου.
6. Συμπληρώστε το μήνα, την ημέρα και τον τετραψήφιο αριθμό του έτους της γέννησής σας, π.χ. «1998» για το έτος γέννησής σας.
- 8.B. Υποδείξτε τον αριθμό Κοινωνικής Ασφάλισης της μητέρας σας **μόνο** αν υποβάλετε αίτηση για ένα **πρωτότυπο** κάρτας Κοινωνικής Ασφάλισης για ένα παιδί κάτω των 18 ετών. Μπορείτε να αφήσετε το στοιχείο αυτό κενό αν η μητέρα δεν έχει αριθμό ή αν δεν γνωρίζετε τον αριθμό της μητέρας. Θα μπορέσουμε ακόμη να δώσουμε έναν αριθμό στο παιδί.
- 9.B. Υποδείξτε τον αριθμό Κοινωνικής Ασφάλισης του πατέρα **μόνο** αν υποβάλετε αίτηση για ένα **πρωτότυπο** κάρτας Κοινωνικής Ασφάλισης για ένα παιδί κάτω των 18 ετών. Μπορείτε να αφήσετε το στοιχείο αυτό κενό αν ο πατέρας δεν έχει αριθμό ή αν δεν γνωρίζετε τον αριθμό του πατέρα. Θα μπορέσουμε ακόμη να δώσουμε έναν αριθμό στο παιδί.
13. Αν η ημερομηνία γέννησης που υποδεικνύετε στην ερώτηση 6 διαφέρει από την ημερομηνία γέννησης που χρησιμοποιήσατε στην προηγούμενη αίτηση για κάρτα Κοινωνικής Ασφάλισης, υποδείξτε την ημερομηνία γέννησης που χρησιμοποιήσατε στην προηγούμενη αίτηση και υποβάλετε κάποιο ενδεικτικό ηλικίας για να υποστηρίξετε την ημερομηνία γέννησης στην ερώτηση 6.
16. Θα **πρέπει να υπογράψετε** την αίτησή σας εσείς ο ίδιος αν είστε άνω των 18 ετών. Αν είστε κάτω των 18 ετών, μπορείτε εσείς ή ο γονέας ή ο νόμιμος κηδεμόνας να υπογράψει την αίτηση. Εάν είστε σωματικά ή διανοητικά ανίκανος να υπογράψετε την αίτηση, γενικά, ο γονέας, ένας στενός συγγενής ή ο νόμιμος κηδεμόνας μπορεί να υπογράψει την αίτηση. Εάν δεν μπορείτε να υπογράψετε το όνομα σας θα πρέπει να βάλετε σε ένα σημείο «X» και να έχετε δυο μάρτυρες που να υπογράψουν κάτω από το σημάδι «X» που βάλατε. Παρακαλούμε να μην αλλάξετε τον υπογραφή σας με το να προσθέσετε άλλες πληροφορίες στο μέρος που υπογράψατε γιατί αυτό μπορεί να ακυρώσει την αίτηση σας. Καλέστε μας αν χρειάζεστε διευκρινήσεις για το ποιός μπορεί να υπογράψει.(δείτε «ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ» σημείωση κάτω από αποδεικτικά **ΤΑΥΤΟΤΗΤΟΣ** στη σελίδα 3.)

ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΑ ΕΓΓΡΑΦΑ ΠΟΥ ΧΡΕΙΑΖΟΜΕΘΑ ΝΑ ΔΟΥΜΕ

Οι παρακάτω λίστες δεν είναι ολοκληρωτικές. Αλλά, δείχνουν παραδείγματα των τύπων εγγράφων που πρέπει να δούμε. **Όλα τα έγγραφα πρέπει να συμφωνούν με τα κριτήρια που βρίσκονται «ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΑ ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΑ ΕΝΤΥΠΑ» στη σελίδα 1 για να ληφθούν υπό όψη.** Εάν έχετε ερωτήσεις ή πρέπει να συζητήσετε επιπλέον έγγραφα, δείτε «Εάν έχετε ερωτήσεις» στη σελίδα 1. Ορισμένα από τα έγγραφα που **ίσως** δεχθούμε είναι:

ΗΛΙΚΙΑ: Γενικά, πρέπει να δούμε το πιστοποιητικό γεννήσεως. Σε ορισμένες περιπτώσεις, ίσως να δεχθούμε άλλο έγγραφο που δείχνει την ηλικία σας. Ορισμένα από αυτά τα έγγραφα είναι:

- Στοιχεία νοσοκομείου των Η.Π.(τα οποία δημιουργηθήκαν κατά την γέννηση σας)
- Θρησκευτικά στοιχεία που αποδεικνύουν την ηλικία σας και δημιουργηθήκαν πριν γίνετε 5 χρονών
- Διαβατήριο
- Οριστικό έγγραφο υιοθεσίας (Το έγγραφο υιοθεσίας πρέπει να δείχνει ότι τα στοιχεία της γεννήσεως ελήφθησαν από το πρωτότυπο πιστοποιητικό γεννήσεως).

Τηλεφωνήστε μας για να σας συμβουλευόμαστε εάν δεν μπορείτε να βρείτε κάποια από αυτά τα έγγραφα.

ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ: Πρέπει να δούμε απόδειξη της ταυτότητας σας με το νόμιμο όνομα σας. Το νόμιμο όνομα θα δείχνεται στη κάρτα της Κοινωνικής Ασφάλειας. Γενικά, προτιμούμε να δούμε έγγραφα εκδομένα στις Η.Π.Α. Έγγραφα που υποβάλλονται για να δείξουν ταυτότητα πρέπει να δείχνουν το νόμιμο όνομα **ΚΑΙ** να περιέχουν βιογραφικές πληροφορίες (ημερομηνία γεννήσεως, ηλικία, ονόματα γονέων) **και/η** πληροφορίες σωματικές(φωτογραφία, η φυσική περιγραφή, -ύψος, χρώμα ματιών και μαλλιών). Επιπλέον, εάν στείλετε ένα έγγραφο που περιέχει φωτογραφία και δεν εμφανισθείτε αυτοπροσώπως **πρέπει** να έχει πληροφορίες βιογραφικές (π.χ. ημερομηνία γεννήσεως, ηλικία, η γονέων ονόματα. Για να προστατέψετε την κάρτα της Κοινωνικής Ασφάλισης και τον αριθμό σας, τα έγγραφα ταυτότητας πρέπει να είναι εκδομένα πρόσφατως

ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΔΟΥΜΕ ΤΑ:

- Άδεια οδήγησης των Η.Π.Α, ή
- Άδεια μη οδήγησης εκδομένη από πολιτεία των Η.Π.Α., ή
- Διαβατήριο των Η.Π.Α.

Εάν δεν έχετε ένα από αυτά τα έγγραφα ή δεν μπορείτε να βγάλετε αναπληρωτικό μέσα σε 10 ημέρες, δεχόμαστε άλλα έγγραφα όπως Η.Π. στρατιωτική ταυτότητα, πιστοποιητικό Υπηκοότητας, ή ταυτότητα υπαλλήλου. Για παιδιά, μπορούμε ίσως να δεχθούμε ιατρικά στοιχεία(κλινικής, ιατρού η νοσοκομείου) προερχόμενα από τους ιατρικές αρχές. Επίσης ίσως δεχθούμε ένα έγγραφο υιοθεσίας, ή ταυτότητα σχολείου η στοιχεία προερχόμενα από σχολεία.

Εάν δεν είστε πολίτης των Η.Π.Α. **πρέπει** να δούμε το τρέχον μεταναστευτικό έγγραφο και το ξένο διαβατήριο με πληροφορίες βιογραφικές ή φωτογραφία.

ΔΕΝ ΜΠΟΡΟΥΜΕ ΝΑ ΔΕΧΤΟΥΜΕ ΕΝΑ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΓΕΝΝΗΣΗΣ, ΕΝΑ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ, ΜΙΑ ΚΑΡΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ Ή ΕΝΑ ΣΤΕΛΕΧΟΣ ΚΑΡΤΑΣ, Ή ΑΡΧΕΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ως αποδεικτικά στοιχεία ταυτότητας.

ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ: Αν υποβάλετε αίτηση για κάρτα εκ μέρους κάποιου άλλου, πρέπει να μας παράσχετε απόδειξη η οποία να επιβεβαιώνει την εξουσιοδότησή σας υπογραφής αίτησης εκ μέρους του προσώπου στο όνομα του οποίου θα εκδοθεί η κάρτα.(π.χ. το πιστοποιητικό γεννήσεως δείχνει την εξουσία του πατέρα να υπογράψει εκ μέρους του ανηλικού παιδιού) **Επιπλέον**, πρέπει να μας δείξετε απόδειξη ταυτότητας τόσο δικής σας όσο και του προσώπου στο όνομα του οποίου θα εκδοθεί η κάρτα

Η.Π. ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ: Γενικώς, δεχόμαστε το πιστοποιητικό γεννήσεως των Η.Π., ή διαβατήριο των Η.Π. Μπορούμε να δεχθούμε άλλα έντυπα όπως προξενική ανακοίνωσης γέννησης, Πιστοποιητικό Υπηκοότητας ή Πιστοποιητικό Πολιτογράφησης.

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΛΛΟΔΑΠΟΥ: Χρειαζόμαστε να δούμε ένα πρόσφατο έγγραφο εκδομένο από την Υπηρεσία της Εσωτερικής Ασφάλειας (DHS) που δείχνει την μεταναστευτική κατάσταση σας, όπως το έντυπο I-551, I-94, I-688B, ή I-766. ΔΕΝ ΜΠΟΡΟΥΜΕ να δεχθούμε απόδειξη που δείχνει ότι έχετε υποβάλλει αίτηση για το έγγραφο. Εάν δεν σας επιτρέπεται να εργασθείτε στις Η.Π. μπορούμε να σας εκδώσουμε κάρτα της Κοινωνικής Ασφάλισης μόνο αν χρειάζεστε τον αριθμό για αιτία μη εργασίας,(Δείτε Πώς να ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ ΑΙΤΗΣΗ, σελίδα 2, αριθμός 3). Η κάρτα σας θα δείχνει ότι δεν μπορείτε να δουλέψετε. Εάν δουλεύετε θα ειδοποιήσουμε την Υπηρεσία Εσωτερικής Ασφάλειας.

Η ΓΡΑΦΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ/Ο ΝΟΜΟΣ ΠΕΡΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ (PRIVACY ACT) ΚΑΙ Η ΑΙΤΗΣΗ ΣΑΣ

Η Πράξη περί Προσωπικών Δεδομένων του 1974 απαιτεί από εμάς να κάνουμε την ακόλουθη ανακοίνωση σε κάθε πρόσωπο που υποβάλλει αίτηση για έναν αριθμό Κοινωνικής Ασφάλισης:

Τα άρθρα 205(c) και 702 της Πράξης περί Κοινωνικής Ασφάλισης (Social Security Act) μας επιτρέπουν να συγκεντρώσουμε τα δεδομένα που σας ζητάμε σε αυτό το έντυπο.

Χρησιμοποιούμε τα δεδομένα που μας παρέχετε σε αυτό το έντυπο για να σας καθορίσουμε έναν αριθμό Κοινωνικής Ασφάλισης και να εκδώσουμε μια κάρτα Κοινωνικής Ασφάλισης για σας. Δεν είστε υποχρεωμένοι να μας δώσετε αυτά τα στοιχεία, ωστόσο, χωρίς αυτά δεν μπορούμε να εκδώσουμε έναν αριθμό ή μια κάρτα Κοινωνικής Ασφάλισης. Χωρίς τον αριθμό αυτό, πιθανόν δεν θα μπορείτε να βρείτε δουλειά και θα μπορούσατε να χάσετε στο μέλλον τα επιδόματα Κοινωνικής Ασφάλισης.

Ο αριθμός Κοινωνικής Ασφάλισης χρησιμεύει επίσης στην Υπηρεσία Εσωτερικού Εισοδήματος (Internal Revenue Service) για ζητήματα φορολογικής διαχείρισης, ως αναγνωριστικό σημείο κατά την επεξεργασία των φορολογικών δηλώσεων ατόμων τα οποία έχουν εισόδημα που αναφέρεται στην Υπηρεσία Εσωτερικού Εισοδήματος και ατόμων που αναφέρονται ως εξαρτώμενα άτομα στη δήλωση κάποιου προς τον Ομοσπονδιακό φόρο εισοδήματος.

Πιθανόν να αποκαλύψουμε πληροφορίες, αν χρειαστεί, για τη διαχείριση των προγραμμάτων Κοινωνικής Ασφάλισης, συμπεριλαμβανόμε στις αστυνομικές αρχές που ερευνούν πράξεις φερόμενες ως παραβάσεις του νόμου Κοινωνικής Ασφάλισης, σε άλλες κρατικές υπηρεσίες που διαχειρίζονται προγράμματα δικαιωμάτων, υγείας και κοινωνικής πρόνοιας (welfare), όπως Medicaid, Medicare, επιδόματα βετεράνων, στρατιωτική σύνταξη και παροχές για πολιτικές υπηρεσίες, επιδόματα ανθρακωρύχων, στέγαση, φοιτητικά δάνεια, επιδόματα συνταξιοδότησης σιδηροδρομικών και κουπόνια τροφίμων, σε υπηρεσίες όπως την Υπηρεσία Εσωτερικού Εισοδήματος για τη διαχείριση της Ομοσπονδιακής Εφορίας και σε εργοδότες και πρώτην εργοδότες για να ετοιμάσουν καλύτερα τις εισοδηματικές τους εκθέσεις. Πιθανόν να αποκαλύψουμε επίσης πληροφορίες όπως απαιτείται από τον Ομοσπονδιακό Νόμο, π.χ. στην Υπηρεσία Ασφαλείας Εσωτερικού (Department of Homeland Security) για την αναγνώριση και τον εντοπισμό αλλοδαπών στις Η.Π., στο Σύστημα Επιλεγμένων Υπηρεσιών (Selective Service System) για στράτευση και στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας (Department of Health and Human Services) για την επιβολή της ευθύνης διατροφής παιδιού. Πιθανόν ακόμη να εξακριβώσουμε τους αριθμούς Κοινωνικής Ασφάλισης για πολιτειακά γραφεία οχημάτων και οδήγησης τα οποία χρησιμοποιούν τους αριθμούς αυτούς για να εκδώσουν άδειες οδήγησης, όπως μας εξουσιοδοτεί η Πράξη περί Κοινωνικής Ασφάλισης. Τέλος, πιθανόν να αποκαλύψουμε ορισμένες πληροφορίες στους αντιπροσώπους σας στο Κονγκρέσο αν ζητήσουν πληροφορίες για να απαντήσουν σε ερωτήσεις που τους θέσατε.

Θα μπορούσαμε να χρησιμοποιήσουμε τις πληροφορίες που μας δίνετε όταν συνδυάζουμε διάφορα αρχεία με τους ηλεκτρονικούς υπολογιστές. Τα προγράμματα συνταιριασμού συγκρίνουν τα αρχεία μας με αυτά άλλων ομοσπονδιακών, πολιτειακών ή τοπικών γραφείων για να καθορίσουν αν ένα άτομο δικαιούται επιδόματα που πληρώνονται από το Ομοσπονδιακό κράτος. Ο νόμος μας επιτρέπει για να κάνουμε αυτό ακόμα και εάν δεν συμφωνείτε με αυτόν.

Οι εξηγήσεις σχετικά με τους λόγους για τους οποίους οι πληροφορίες που μας δίνετε μπορούν να χρησιμοποιηθούν ή να δοθούν σε άλλους, διατίθενται στα γραφεία Κοινωνικής Ασφάλισης. Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με αυτά, επικοινωνήστε με οποιοδήποτε γραφείο Κοινωνικής Ασφάλισης.

Η συγκέντρωση πληροφοριών ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις ασφάλειας του Κώδικα 44 των Η.Π. παράγραφος §3507, όπως τροποποιήθηκε από το Τμήμα 2 του Νόμου περί Paperwork Reduction Act of 1995 (Μείωσης Γραφικής Εργασίας του 1995). Δεν χρειάζεται να απαντήσετε σε αυτές τις ερωτήσεις εκτός αν σας αναγράψουμε στην αίτησή σας έναν έγκυρο αριθμό ελέγχου του Γραφείου Διαχείρισης και Χρηματοδότησης (Office of Management and Budget). Υπολογίζουμε ότι θα σας πάρει 8,5 με 9 λεπτά για να διαβάσετε αυτές τις οδηγίες, να συγκεντρώσετε τα απαραίτητα στοιχεία και να απαντήσετε στις ερωτήσεις. *Μπορείτε να στείλετε σχόλια που αναferωντε στον χρόνο που υπολογίσαμε για την συμπλήρωση της αίτησης στη διεύθυνση: SSA, 1338 Annex Building, Baltimore, MD 21235-6401. **Στείλτε μόνο σχόλια που αναφέρονται στον χρόνο που υπολογίσαμε για τη συμπλήρωση της αίτησης και όχι τη συμπληρωμένη αίτηση.***

ΤΑΧΥΔΡΟΜΗΣΑΤΕ Η ΠΗΓΑΙΝΕΤΑΙ ΤΟ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΕΝΟ ΕΝΤΥΠΟ ΣΤΟ ΤΟΠΙΚΟ ΓΡΑΦΕΙΟ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΣΑΣ. Η διεύθυνση βρίσκεται στο τηλεφωνικό κατάλογο κάτω από Η.Π. Κυβερνητικές Υπηρεσίες ή τηλεφωνήστε στην Κοινωνική Ασφάλεια στο 1-800-772-1213. Μπορείτε επίσης να βρείτε το πλησιέστερο γραφείο δια μέσου διαδικτύου www.socialsecurity.gov.

SOCIAL SECURITY ADMINISTRATION

Application for a Social Security Card

Form Approved
OMB No. 0960-0066

1	NAME _____ <small>TO BE SHOWN ON CARD</small>	First	Full Middle Name	Last							
	FULL NAME AT BIRTH IF OTHER THAN ABOVE	First	Full Middle Name	Last							
	OTHER NAMES USED										
2	MAILING ADDRESS _____ <small>Do Not Abbreviate</small>	Street Address, Apt. No., PO Box, Rural Route No.									
		City	State	ZIP Code							
3	CITIZENSHIP _____ <small>(Check One)</small>	<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 2)	<input type="checkbox"/> Other (See Instructions On Page 2)						
4	SEX _____	<input type="checkbox"/> Male	<input type="checkbox"/> Female								
5	RACE/ETHNIC DESCRIPTION _____ <small>(Check One Only - Voluntary)</small>	<input type="checkbox"/> Asian, Asian-American or Pacific Islander	<input type="checkbox"/> Hispanic	<input type="checkbox"/> Black (Not Hispanic)	<input type="checkbox"/> North American Indian or Alaskan Native	<input type="checkbox"/> White (Not Hispanic)					
6	DATE OF BIRTH _____ <small>Month, Day, Year</small>	7	PLACE OF BIRTH _____ <small>(Do Not Abbreviate) City State or Foreign Country</small>		<small>Office Use Only</small>						
8	A. MOTHER'S NAME AT HER BIRTH _____	First	Full Middle Name	Last Name At Her Birth							
	B. MOTHER'S SOCIAL SECURITY NUMBER (See instructions for 8B on Page 2) _____		<table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="border:none; width:15%;"> </td> <td style="border:none; width:15%;"> </td> <td style="border:none; width:15%;"> </td> <td style="border:none; width:15%;"> </td> <td style="border:none; width:15%;"> </td> <td style="border:none; width:15%;"> </td> </tr> </table>								
9	A. FATHER'S NAME _____	First	Full Middle Name	Last							
	B. FATHER'S SOCIAL SECURITY NUMBER (See instructions for 9B on Page 2) _____		<table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="border:none; width:15%;"> </td> <td style="border:none; width:15%;"> </td> <td style="border:none; width:15%;"> </td> <td style="border:none; width:15%;"> </td> <td style="border:none; width:15%;"> </td> <td style="border:none; width:15%;"> </td> </tr> </table>								
10	Has the applicant 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 11-13.) <input type="checkbox"/> No (If "no," go on to question 14.) <input type="checkbox"/> Don't Know (If "don't know," go on to question 14.)										
11	Enter the Social Security number previously assigned to the person listed in item 1. _____		<table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="border:none; width:15%;"> </td> <td style="border:none; width:15%;"> </td> <td style="border:none; width:15%;"> </td> <td style="border:none; width:15%;"> </td> <td style="border:none; width:15%;"> </td> <td style="border:none; width:15%;"> </td> </tr> </table>								
12	Enter the name shown on the most recent Social Security card issued for the person listed in item 1. _____	First	Middle Name	Last							
13	Enter any different date of birth if used on an earlier application for a card. _____		<table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="border:none; width:15%;"> </td> <td style="border:none; width:15%;"> </td> <td style="border:none; width:15%;"> </td> <td style="border:none; width:15%;"> </td> <td style="border:none; width:15%;"> </td> <td style="border:none; width:15%;"> </td> </tr> </table>								
14	TODAY'S DATE _____ <small>Month, Day, Year</small>	15	DAYTIME PHONE NUMBER () - _____ <small>Area Code Number</small>								
16	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 of my knowledge.		17 YOUR RELATIONSHIP TO THE PERSON IN ITEM 1 IS:								
YOUR SIGNATURE _____		<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							