

**SOLICITUD PARA RECONSIDERACIÓN**

(Request for Reconsideration)

NOMBRE DEL RECLAMANTE	NOMBRE DEL TRABAJADOR O EMPLEADO POR CUENTA (Si es diferente del reclamante)	(No escriba en este espacio)
NÚMERO DE RECLAMACIÓN DE SEGURO SOCIAL	NÚMERO DE RECLAMACIÓN DE SEGURIDAD DE INGRESO SUPLEMENTARIO (SSI) O DE BENEFICIOS ESPECIALES DE VETERANOS (SVB)	
NOMBRE DEL CÓNYUGE (complete SÓLO en casos de SSI)	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL CÓNYUGE (complete SÓLO en casos de SSI)	

RECLAMACIÓN PARA (Especifique tipo, Ej., jubilación, incapacidad, seguro de hospital, Seguridad de Ingreso Suplementario, Beneficios Especiales de Veteranos, etc.)

Yo no estoy de acuerdo con la determinación hecha en la reclamación mencionada arriba y solicito una reconsideración. Mis razones son:

RECONSIDERACIÓN DE SEGURIDAD DE INGRESO SUPLEMENTARIO O BENEFICIOS ESPECIALES DE VETERANOS SOLAMENTE (Vea las tres maneras para apelar en las instrucciones de cómo apelar la decisión en su reclamación para Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) o para Beneficios Especiales de Veteranos (SVB).) **“Yo quiero apelar su decisión sobre mi reclamación para Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) o Beneficios Especiales de Veteranos (SVB). He leído sobre las tres maneras que puedo apelar. Yo he marcado la casilla que está a continuación.”**

- Revisión de caso     
  Conferencia Informal     
  Conferencia Formal

DEBE FIRMAR EL RECLAMANTE O EL REPRESENTANTE—ESCRIBA LAS DIRECCIONES DE AMBOS

Yo declaro bajo pena de perjurio que he examinado toda la información en este formulario, y en cualquier declaración o formulario adjunto, y es cierto y correcto según mi entender.

FIRMA DEL RECLAMANTE			FIRMA O NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL RECLAMANTE		
			<input type="checkbox"/> NO ABOGADO <input type="checkbox"/> ABOGADO		
DIRECCIÓN POSTAL			DIRECCIÓN POSTAL		
CIUDAD	ESTADO	ZONA POSTAL	CIUDAD	ESTADO	ZONA POSTAL
NÚMERO DE TELÉFONO (incluya el código de área)		FECHA	NÚMERO DE TELÉFONO (incluya el código de área)		FECHA
( ) -		-	( ) -		-

**PARA SER COMPLETADO POR LA ADMINISTRACIÓN DEL SEGURO SOCIAL**

See list of initial determinations

1. HAS INITIAL DETERMINATION BEEN MADE? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	2. CLAIMANT INSISTS ON FILING <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
3. IS THIS REQUEST FILED TIMELY? (If "NO", attach claimant's explanation for delay and attach only pertinent letter, material, or information in Social Security office.)	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO

RETIREMENT AND SURVIVORS RECONSIDERATIONS ONLY (CHECK ONE) REFER TO (GN 03102.125)	SOCIAL SECURITY OFFICE ADDRESS
<input type="checkbox"/> NO FURTHER DEVELOPMENT REQUIRED (GN 03102.300) <input type="checkbox"/> REQUIRED DEVELOPMENT ATTACHED <input type="checkbox"/> REQUIRED DEVELOPMENT PENDING, WILL FORWARD OR ADVISE STATUS WITHIN 30 DAYS	

ROUTING INSTRUCTIONS (CHECK ONE) →	<input type="checkbox"/> DISABILITY DETERMINATION SERVICES (ROUTE WITH DISABILITY FOLDER)	<input type="checkbox"/> PROGRAM SERVICE CENTER	<input type="checkbox"/> DISTRICT OFFICE RECONSIDERATION
	<input type="checkbox"/> ODO, BALTIMORE	<input type="checkbox"/> OIO, BALTIMORE	<input type="checkbox"/> CENTRAL PROCESSING SITE (SVB)
	<input type="checkbox"/> OEO, BALTIMORE		

**Nota:** Lleve o envíe por correo el formulario **original firmado** a su oficina local de Seguro Social, Oficina Regional de Asuntos de Veteranos en Manila o cualquier puesto de servicio de los Estados Unidos en el extranjero y mantenga una copia para sus registros.

**ADMINISTRATIVE ACTIONS THAT ARE INITIAL DETERMINATIONS**  
**(See GN03101.070, GN03101.080, and SI04010.010)**

NOTE: These lists cover the vast majority of administrative actions that are initial determinations. However, they are not all inclusive.

**Title II**

1. Entitlement or continuing entitlement to benefits;
2. Reentitlement to benefits;
3. The amount of benefit;
4. A recomputation of benefit;
5. A reduction in disability benefits because benefits under a worker's compensation law were also received;
6. A deduction from benefits on account of work;
7. A deduction from disability benefits because of claimant's refusal to accept rehabilitation services;
8. Termination of benefits;
9. Penalty deductions imposed because of failure to report certain events;
10. Any overpayment or underpayment of benefits;
11. Whether an overpayment of benefits must be repaid;
12. How an underpayment of benefits due a deceased person will be paid;
13. The establishment or termination of a period of disability;
14. A revision of an earnings record;
15. Whether the payment of benefits will be made, on the claimant's behalf to a representative payee, unless the claimant is under age 18 or legally incompetent;
16. Who will act as the payee if we determine that representative payment will be made;
17. An offset of benefits because the claimant previously received Supplemental Security Income payments for the same period;
18. Whether completion of or continuation for a specified period of time in an appropriate vocational rehabilitation program will significantly increase the likelihood that the claimant will not have to return to the disability benefit rolls and thus, whether the claimant's benefits may be continued even though the claimant is not disabled;
19. Nonpayment of benefits because of claimant's confinement for more than 30 continuous days in a jail, prison, or other correctional institution for conviction of a criminal offense;
20. Nonpayment of benefits because of claimant's confinement for more than 30 continuous days in a mental health institution or other medical facility because a court found the individual was not guilty for reason of insanity; a court found that he/she was incompetent to stand trial or was unable to stand trial for some other similar mental defect; or, a court found that he/she was sexually dangerous.

**Title XVI**

1. Eligibility for, or the amount of, Supplemental Security Income benefits;
2. Suspension, reduction, or termination of Supplemental Security Income benefits;
3. Whether an overpayment of benefits must be repaid;
4. Whether payments will be made, on claimant's behalf to a representative payee, unless the claimant is under age 18, legally incompetent, or determined to be a drug addict or alcoholic;
5. Who will act as payee if we determine that representative payment will be made;
6. Imposing penalties for failing to report important information;
7. Drug addiction or alcoholism;
8. Whether claimant is eligible for special SSI cash benefits;
9. Whether claimant is eligible for special SSI eligibility status;
10. Claimant's disability; and
11. Whether completion of or continuation for a specified period of time in an appropriate vocational rehabilitation program will significantly increase the likelihood that claimant will not have to return to the disability benefit rolls and thus, whether claimant's benefits may be continued even though he or she is not disabled.

NOTE: Every redetermination which gives an individual the right of further review constitutes an initial determination.

**Title VIII (See VB 02501.035)**

1. Meeting or failing to meet the qualifying and/or entitlement factors for special veterans benefits (SVB);
2. Reduction, suspension or termination of SVB payments;
3. Applicability of a disqualifying event prior to SVB entitlement;
4. Administrative actions in SVB cases similar to those listed under title II--items 3, 4, 10, 11 & 16.

**Title XVIII**

1. Entitlement to hospital insurance benefits and to enrollment for supplementary medical insurance benefits;
2. Disallowance (including denial of application for HIB and denial of application for enrollment for SMIB);
3. Termination of benefits (including termination of entitlement to HI and SMI).

**SOLICITUD PARA RECONSIDERACIÓN**  
(Request for Reconsideration)

NOMBRE DEL RECLAMANTE	NOMBRE DEL TRABAJADOR O EMPLEADO POR CUENTA (Si es diferente del reclamante)	(No escriba en este espacio)
NÚMERO DE RECLAMACIÓN DE SEGURO SOCIAL	NÚMERO DE RECLAMACIÓN DE SEGURIDAD DE INGRESO SUPLEMENTARIO (SSI) O DE BENEFICIOS ESPECIALES DE VETERANOS (SVB)	
NOMBRE DEL CÓNYUGE (complete SÓLO en casos de SSI)	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL CÓNYUGE (complete SÓLO en casos de SSI)	

RECLAMACIÓN PARA (Especifique tipo, Ej., jubilación, incapacidad, seguro de hospital, Seguridad de Ingreso Suplementario, Beneficios Especiales de Veteranos, etc.)

Yo no estoy de acuerdo con la determinación hecha en la reclamación mencionada arriba y solicito una reconsideración. Mis razones son:

RECONSIDERACIÓN DE SEGURIDAD DE INGRESO SUPLEMENTARIO O BENEFICIOS ESPECIALES DE VETERANOS SOLAMENTE (Vea las tres maneras para apelar en las instrucciones de cómo apelar la decisión en su reclamación para Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) o para Beneficios Especiales de Veteranos (SVB).) **“Yo quiero apelar su decisión sobre mi reclamación para Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) o Beneficios Especiales de Veteranos (SVB). He leído sobre las tres maneras que puedo apelar. Yo he marcado la casilla que está a continuación.”**

- Revisión de caso     
  Conferencia Informal     
  Conferencia Formal

DEBE FIRMAR EL RECLAMANTE O EL REPRESENTANTE—ESCRIBA LAS DIRECCIONES DE AMBOS

Yo declaro bajo pena de perjurio que he examinado toda la información en este formulario, y en cualquier declaración o formulario adjunto, y es cierto y correcto según mi entender.

FIRMA DEL RECLAMANTE			FIRMA O NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL RECLAMANTE <input type="checkbox"/> NO ABOGADO <input type="checkbox"/> ABOGADO		
DIRECCIÓN POSTAL			DIRECCIÓN POSTAL		
CIUDAD	ESTADO	ZONA POSTAL	CIUDAD	ESTADO	ZONA POSTAL
NÚMERO DE TELÉFONO (incluya el código de área) ( ) -		FECHA	NÚMERO DE TELÉFONO (incluya el código de área) ( ) -		FECHA

**PARA SER COMPLETADO POR LA ADMINISTRACIÓN DEL SEGURO SOCIAL**

See list of initial determinations

1. HAS INITIAL DETERMINATION BEEN MADE? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	2. CLAIMANT INSISTS ON FILING <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
3. IS THIS REQUEST FILED TIMELY? (If "NO", attach claimant's explanation for delay and attach only pertinent letter, material, or information in Social Security office.)	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO

RETIREMENT AND SURVIVORS RECONSIDERATIONS ONLY (CHECK ONE) REFER TO (GN 03102.125)	SOCIAL SECURITY OFFICE ADDRESS
<input type="checkbox"/> NO FURTHER DEVELOPMENT REQUIRED (GN 03102.300) <input type="checkbox"/> REQUIRED DEVELOPMENT ATTACHED <input type="checkbox"/> REQUIRED DEVELOPMENT PENDING, WILL FORWARD OR ADVISE STATUS WITHIN 30 DAYS	

ROUTING INSTRUCTIONS (CHECK ONE) →	<input type="checkbox"/> DISABILITY DETERMINATION SERVICES (ROUTE WITH DISABILITY FOLDER) <input type="checkbox"/> ODO, BALTIMORE	<input type="checkbox"/> PROGRAM SERVICE CENTER <input type="checkbox"/> OIO, BALTIMORE <input type="checkbox"/> OEO, BALTIMORE	<input type="checkbox"/> DISTRICT OFFICE RECONSIDERATION <input type="checkbox"/> CENTRAL PROCESSING SITE (SVB)
------------------------------------	--	---	--

**Nota:** Lleve o envíe por correo el formulario **original firmado** a su oficina local de Seguro Social, Oficina Regional de Asuntos de Veteranos en Manila o cualquier puesto de servicio de los Estados Unidos en el extranjero y mantenga una copia para sus registros.

## **CÓMO APELAR LA DECISIÓN DE SEGURIDAD DE INGRESO SUPLEMENTARIO (SSI) O DE BENEFICIOS ESPECIALES DE VETERANOS (SVB)**

Hay tres maneras distintas de apelar. Puede escoger la que aplique a su caso. Usted puede tener un abogado, amigo u otra persona que lo ayude con su apelación.

Aquí están las tres maneras de apelar:

### **1. REVISIÓN DE CASO:**

Nos podrá proveer más hechos para añadir a su archivo. Entonces decidiremos su caso nuevamente. Usted no se reunirá con la persona que decidirá su caso.

Puede escoger este tipo de apelación en todos los casos.

### **2. CONFERENCIA INFORMAL:**

Usted se reunirá con la persona que decidirá su caso. Podrá explicarle a esa persona por qué cree que usted tiene la razón. Nos podrá dar más hechos para ayudar a probar que usted tiene razón. Podrá traer a otras personas para ayudar a explicar su caso.

Usted puede escoger este tipo de apelación en todos los casos de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) *excepto* en dos. No la puede escoger si negamos su solicitud por razones médicas o porque no está ciego. Tampoco la puede escoger si le estamos pagando Seguridad de Ingreso Suplementario, pero usted no está de acuerdo con la fecha en que dijimos que se incapacitó o quedó ciego. En los casos de Beneficios Especiales de Veteranos, usted puede escoger este tipo de apelación solamente si estamos suspendiendo o reduciendo su pago de Beneficios Especiales de Veteranos (SVB).

### **3. CONFERENCIA FORMAL**

Esta es una reunión parecida a una conferencia informal. Además, podremos hacer que se presenten personas para ayudar a probar que usted tiene la razón. Podremos hacer esto aunque no quieran ayudarle. En la reunión, podrá hacerles preguntas a estas personas.

Usted puede escoger este tipo de apelación sólo en el caso de que estemos descontinuando o rebajando su cheque de Seguridad de Ingreso Suplementario. No la puede usar en ningún otro caso.

Ahora conoce los tres tipos de apelaciones. Puede escoger la que mejor se adapte a su caso. Entonces, complete el otro lado de este formulario. Le ayudaremos a completarlo.

Hay grupos que pueden ayudarle con su apelación. Algunos pueden proveerle un abogado gratis. Nosotros le podemos dar los nombres de estos grupos.

**NOTA: NO COMPLETE ESTE FORMULARIO SI LE DIJIMOS QUE DESCONTINUAREMOS SU CHEQUE POR INCAPACIDAD POR RAZONES MÉDICAS O PORQUE YA NO ESTÁ CIEGO. LE DAREMOS EL FORMULARIO CORRECTO (SSA-789-U4) PARA SU APELACIÓN.**

La información en este formulario está autorizada por la regulación (20 CFR 404.907 – 404.921 y 416.1407 – 416.1421) y la Ley pública 106-169 (sección 809(a) (1) de la sección 251(a)). Aunque las respuestas a estas preguntas son voluntarias, la Administración del Seguro Social no puede reconsiderar la decisión de esta reclamación a menos que usted nos dé esta información.

### **La ley de reducción de documentos de trabajo**

Esta recopilación de datos cumple con los requisitos de 44 U.S.C. § 3507 según enmendada por la sección 2 de la Ley de reducción de documentos de trabajo de 1995. Usted no está obligado a responder a estas preguntas a menos que mostremos un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto. Calculamos que le tomará aproximadamente 8 minutos para leer las instrucciones, reunir los datos necesarios y contestar las preguntas.