

Petición para una *Declaración del Seguro Social*

Dentro de cuatro a seis semanas después que devuelva este formulario, le enviaremos:

- Un registro de su historial de ganancias;
- Una estimación de cuánto ha pagado en impuestos de Seguro Social; y
- Estimaciones de los beneficios que usted (y su familia) podrían tener derecho a recibir ahora y en el futuro.

Por favor tenga en cuenta: Si ha estado recibiendo una *Declaración del Seguro Social* cada año, aproximadamente tres meses antes de su cumpleaños, esta petición suspenderá el próximo envío programado. No recibirá una *Declaración* programada hasta el siguiente año.

Esperamos que encuentre la *Declaración* útil para planificar su futuro económico. Recuerde, el Seguro Social es más que un programa para las personas jubiladas. Éste ayuda a las personas de todas las edades en muchas maneras. Por ejemplo, puede ayudar a mantener a su familia cuando usted fallezca y pagarle beneficios a usted si se incapacita severamente.

Si tiene alguna pregunta acerca del Seguro Social o este formulario, por favor llame a nuestro número gratis, **1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778)**.

Por favor marque este encasillado si desea obtener su *Declaración* en inglés en vez de español.

Por favor imprima o escriba sus respuestas por máquina. Cuando haya completado el formulario, envíelo a:

**Social Security Administration
Wilkes Barre Data Operations Center
P.O. Box 7004
Wilkes Barre, PA 18767-7004**

1. Nombre como aparece en su tarjeta de Seguro Social:

Primer nombre:

Inicial:

Apellido solamente:

2. Su número de Seguro Social como aparece en su tarjeta:

	-		-	
--	---	--	---	--

3. Su fecha de nacimiento (Mes-Día-Año):

	/		/	
--	---	--	---	--

4. Otros números de Seguro Social que haya usado:

	-		-	
--	---	--	---	--

	-		-	
--	---	--	---	--

5. Su sexo:

Hombre

Mujer

Para los artículos 6 y 8, muestre solamente las ganancias cubiertas por el Seguro Social. NO incluya salarios de empleo con el gobierno estatal, municipal o federal que NO esté cubierto por el Seguro Social o que esté cubierto solamente por Medicare.

6. Muestre sus ganancias actuales (salarios y/o ingreso de trabajo por cuenta propia) para el año pasado y su estimación de ganancias para este año.

A. Ganancias actuales del año pasado: \$. 0 0 (Dólares solamente)

B. Estimación de ganancias de este año: \$. 0 0 (Dólares solamente)

7. Muestre la edad en la cual piensa dejar de trabajar:

(Muestre solamente una edad)

8. Más abajo, muestre la cantidad anual promedio (no el total de sus ganancias vitalicias futuras) que piensa que ganará entre ahora y cuando planifica dejar de trabajar. Incluya rendimiento o aumentos programados de pago o bonificaciones, pero no los aumentos de costo de vida.

Si espera ganar significativamente más o menos en el futuro debido a promociones, cambios de trabajo, trabajo a tiempo parcial o una ausencia de la fuerza laboral, ingrese la cantidad que más cerca refleja sus futuras ganancias anuales promedio.

Si no espera ningún cambio significativo, muestre la misma cantidad que está ganando ahora (la cantidad en 6B).

Ganancias anuales futuras promedio: \$. 0 0 (Dólares solamente)

9. Quiere que le enviemos la *Declaración*:

- ¿a usted? Ingrese su nombre y dirección postal.
- ¿a otra persona (su contable, plan de pensión, etc.)? Ingrese su nombre con «c/o» y el nombre y dirección de esa persona u organización.

«C/O» o Calle (Incluya núm. de apto., P. O. Box, Ruta Rural)

Dirección

Dirección (Si una dirección en el extranjero, ingrese la Ciudad, Provincia, Código postal)

Ciudad en los EE. UU., Estado, Código postal (Si una dirección en el extranjero, ingrese el nombre del país solamente)

AVISO:
Estoy pidiendo información sobre mi propio registro de Seguro Social o el registro de una persona de la que estoy autorizado a representar. Yo declaro bajo pena de perjurio que he examinado toda la información en este formulario, y en cualquier declaración o formulario que lo acompañe, y que es cierta y correcta según mi mejor entendimiento. Yo lo autorizo a usar a un contratista para enviar la *Declaración del Seguro Social* a la persona y dirección en el artículo 9.



Por favor firme su nombre (No use letra de molde)

(Código de área) Número de teléfono diurno

Fecha

Declaración de la Ley de Confidencialidad

Las secciones 205(a), 205(c) (2), y 233 de la Ley del Seguro Social (42 U.S.C. 405 y 433), la Ley Federal de Registros del 1950 (64 Stat. 583), y la Ley de Beneficios de Salud de Empleo del 1992, nos autorizan a recopilar la información contenida en este formulario. Usaremos la información que provea para identificar su registro de manera oportuna y preparar rápidamente la declaración que pidió. Su respuesta es voluntaria. Sin embargo, no proveer toda o parte de la información que se pide, podría afectar el procesamiento de este formulario y podría evitarnos expedir una declaración a usted.

Nosotros raramente usamos la información que provee para ningún otro propósito además de los indicados anteriormente. Sin embargo, podemos usarla para la administración e integridad de los programas del Seguro Social. También podemos divulgar la información a otra persona o 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 ayuden al Seguro Social a establecer los derechos y/o cobertura a los beneficios de Seguro Social;
2. Para cumplir con los requisitos de las leyes federales que requieren la divulgación de información de los registros del Seguro Social (Ej., a la Oficina de Contabilidad del Gobierno, Administración de Servicios Generales, Administración Nacional de Registros Archivados, y el Departamento de Asuntos de Veteranos);
3. Para tomar decisiones para el derecho a programas similares de mantenimiento de salud e ingresos a nivel federal, estatal y municipal; y
4. Para facilitar investigaciones estadísticas, auditorias o actividades investigativas necesarias para asegurar la integridad de los programas del Seguro Social.

También podemos usar la información que nos provea en programas de comparación. Estos 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.

Puede encontrar una lista completa de usos rutinarios para esta información en nuestro Aviso de sistema de registros titulada, «Systems of Records Notice, entitled, Earnings Recording and Self-Employment Income System» (Sistema de Avisos de Registros, titulada, Sistema de Grabación de ganancias e ingreso de trabajo por cuenta propia), Oficina de Sistemas 60-0059. El aviso, e información referente a nuestros sistemas y programas, están disponibles por Internet en www.segurosocial.gov o en su oficina del Seguro Social.

Aviso de la Ley de 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 para la Reducción de Trámites del 1995. No es requisito que conteste estas preguntas a menos que mostremos un número de control válido de la oficina de Administración y Presupuesto. Calculamos que le tomará alrededor de 5 minutos leer las instrucciones, reunir los datos y contestar las preguntas. Puede enviar comentarios referentes a nuestra estimación de tiempo que le toma llenar el formulario a: SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD 21235-6401. **Solo envíe comentarios referente a nuestra estimación del tiempo a esta dirección, no el formulario lleno.**