

Solicitud de Declaración de Seguro

(Request for Social Security Statement)

Por favor, marque el cuadrado con "X" si quiere recibir su Declaración en inglés en vez de español.

Haga el favor de escribir en letra de molde o usar una máquina de escribir. Cuando haya completado el formulario, dóblelo y mándenlo por correo.

(Si prefiere enviarnos su solicitud por el Internet, comuníquese con nosotros al www.ssa.gov/español)

1. Su nombre como aparece en su tarjeta de Seguro Social:

Nombre Inicial

Apellido

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

- -

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

- -

4. Otros números de Seguro Social que usted haya usado:

- -

- -

5. Su Sexo: Hombre Mujer

Para los números 6 y 8 escriba solamente ganancias cubiertas por Seguro Social. NO incluya ganancias de empleos del gobierno federal, estatal o local que NO están cubiertos por el Seguro Social o que están cubiertos SOLAMENTE por Medicare.

6. Escriba sus ganancias exactas (salarios y/o ingresos netos de negocio propio) del año pasado y un cálculo aproximado de sus ganancias para este año.

A. Ganancias exactas del año pasado: (Dólares solamente)

\$, .

B. Cálculo aproximado de las ganancias para este año: (Dólares solamente)

\$, .

7. Escriba la edad a que piensa dejar de trabajar.

(Escriba sólo una edad)

8. En los cuadrillos abajo, escriba la cantidad que usted cree será el promedio anual (no el total de sus ganancias futuras) entre ahora y la fecha en que piensa jubilarse. Incluya aumentos por trabajo excepcional, aumentos regulares de sueldo o gratificaciones, pero no aumentos de costo de vida.

Si usted piensa ganar una cantidad que sea mucho más o mucho menos en el futuro de la que gana ahora debido a promociones, cambios de empleo, trabajo de jornada parcial o una ausencia de la fuerza laboral, escriba la cantidad que más se aproxime a su promedio anual de ganancias futuras.

Si no espera ningún cambio grande, escriba la misma cantidad que gana ahora (la cantidad en 6B). Su promedio anual de ganancias futuras:

(Dólares solamente)

\$, .

9. ¿A quién debemos enviar la Declaración?

- a usted
Escriba su nombre, apellido y dirección postal.
- a otra persona
(por ejemplo, su contable, plan de pensión, etcétera) Escriba su nombre y apellido con "c/o" y el nombre y dirección de esa persona u organización.

"C/O" o dirección (incluya el Número de Apartamento, Apartado Postal o Ruta Rural)

Dirección

Dirección (Si la dirección es en el extranjero, indique Ciudad, Provincia y Código Postal aquí)

Ciudad, Estado y Código Postal de los Estados Unidos (Si la dirección es en el extranjero, sólo anote el nombre del país)

AVISO:

Solicito información sobre mi propio registro de Seguro Social o sobre el registro de una persona a la que tengo autorización para representar. Entiendo que si adrede pido información fraudulentamente, es posible que me declaren culpable de un crimen federal y que me multen o me encarcelen. Autorizo el uso de un contratista para enviar la Declaración de Seguro Social a la persona nombrada en el número 9.

Por favor, firme su nombre y apellido (No escriba en letra de molde)

Fecha (Código de área) Núm. de Teléfono durante el día

Sobre La Ley De Confidencialidad

Se permite que el Seguro Social compile los datos en este formulario según la Sección 205 de la ley de Seguro Social. Los necesitamos para identificar rápidamente su registro y preparar la Declaración que nos ha pedido. Es voluntario darnos esta información. Sin embargo, sin la información, es posible que no podamos darle una Declaración. Ni la Administración de Seguro Social ni su contratista usará la información para cualquier otro propósito.

Ley de Reducción de Papeleo y Declaración del Tiempo Que Tarda

La Ley de Reducción de Papeleo de 1995 nos obliga a notificarle que esta recopilación de información está de acuerdo con los requisitos de aprobación de la Sección 3507 de La Ley de Reducción de Papeleo de 1995. No podemos llevar a cabo o auspiciar una recopilación de información, ni está usted obligado a responder a la misma, a menos que lleve un número válido de control de la Oficina de Administración y Presupuesto del Gobierno Federal (OMB, siglas en inglés). Calculamos que tardará aproximadamente 5 minutos completar este formulario. Esto incluye el tiempo que toma leer las instrucciones, reunir los datos necesarios y llenar el formulario.

Solicitud de Declaración de Seguro Social

(Request for Social Security Statement)

Después que usted complete y devuelva esta solicitud, le enviaremos, dentro de 4 a 6 semanas:

- un registro de su historial de ganancias y un cálculo de cuánto usted ha pagado en impuestos de Seguro Social; y
- cálculos de los beneficios a que usted y su familia pueden tener derecho ahora y en el futuro.

Nos complace proveerle esta información y esperamos que le sea útil en planificar su futuro económico.

El Seguro Social es más que simplemente un programa para personas jubiladas. El mismo ayuda a personas de todas las edades de muchas maneras. No importa que usted sea joven o anciano, hombre o mujer, soltero o casado-el Seguro Social le puede ayudar cuando más lo necesite. Puede ayudar a mantener a su familia si usted fallece o pagarle beneficios a usted si se incapacita.

Si tiene preguntas sobre el Seguro Social o esta solicitud, favor de llamar a nuestro número de teléfono gratis, **1-800-772-1213**.

