

Solicitud para una Declaración del Seguro Social

(Request for Social Security Statement)

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

Favor de escribir en letra de molde o usar una máquina de escribir. Cuando haya llenado el formulario, dóblelo y envíelo por correo. Si prefiere enviarnos su solicitud por el Internet, vaya a www.segurosocial.gov.

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

Nombre Inicial

Apellido solamente

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 las ganancias cubiertas por el Seguro Social. NO incluya salarios de empleos del gobierno federal, estatal o municipal que NO están cubiertos por el Seguro Social o que están cubiertos SOLAMENTE por Medicare.

6. Escriba sus ganancias exactas (salarios 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. Indique la edad que piensa dejar de trabajar:

(*Escriba sólo una edad*)

8. Abajo, indique la cantidad promedio anual (no el total de sus ganancias vitalicias futuras) que piensa ganar entre ahora y la fecha que piensa dejar de trabajar. Incluya aumentos por trabajo excepcional, aumentos regulares de sueldo o gratificaciones, pero no aumentos de costo de vida.

Si usted espera ganar una cantidad que sea mucho más o mucho menos en el futuro debido a ascensos, cambios de empleo, trabajo a tiempo 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 significativo, escriba la misma cantidad que gana ahora (la cantidad en 6B).

Su promedio anual de ganancias futuras: (*Dólares solamente*)

\$,.

9. Desea que enviemos 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)

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. Declaro bajo pena de perjurio, que he examinado toda la información en este formulario, y en cualquier declaración o formulario adjunto, según mi entendimiento todo es cierto y correcto. Autorizo el uso de un contratista para enviar la *Declaración del Seguro Social* a la persona y dirección 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 diurno

Sobre la ley de confidencialidad

El Seguro Social puede recopilar los datos en este formulario según la Sección 205 de la Ley del 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 del Seguro Social ni su contratista usará la información para ningún otro propósito.

Ley de Reducción de Documentos de Trabajo

Esta recopilación de información cumple con los requisitos 44 U. S. C. §3507, según enmendada por la sección 2 de la Ley de Reducción de Documentos de Trabajo del 1995. No es requisito que usted conteste estas preguntas a menos que mostremos un número de control válido de la oficina de Administración y Presupuesto. Calculamos que le tomará 5 minutos leer las instrucciones, reunir los datos y llenar el formulario. Puede enviar comentarios sobre nuestro cálculo del tiempo que le toma llenar el formulario a: SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD. 21235-6401. *Por favor sólo envíe comentarios sobre nuestro cálculo, no el formulario completado.*

Solicitud para una *Declaración del Seguro Social*

(Request for *Social Security Statement*)

Dentro de 4 a 6 semanas después que usted devuelva esta solicitud, le enviaremos:

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

Por favor tome nota: Si usted ha estado recibiendo una *Declaración del Seguro Social* cada año aproximadamente 3 meses antes de su cumpleaños, el hacer esta solicitud eliminará el envío de su próxima *Declaración*. Usted no recibirá una *Declaración* en la fecha programada hasta el año siguiente.

Esperamos que esta *Declaración* le sirva para planificar su futuro financiero. Recuerde que el Seguro Social es más que un programa para personas jubiladas. El Seguro Social ayuda a las personas de todas las edades de muchas maneras. Por ejemplo, puede ayudar a mantener a su familia en caso de que usted fallezca o pagarle beneficios a usted si se incapacita.

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



Enviar la solicitud llena a:
Social Security Administration
Wilkes Barre Data Operations Center
PO Box 7004
Wilkes Barre, PA 18767-7004