

SOLICITUD PARA BENEFICIOS DE SEGURO DE VIUDA O VIUDO*

(No escriba en este espacio)

Por medio de esta solicitud, usted está solicitando todos los beneficios de seguro a los cuales tiene derecho bajo el Título II (Seguro Federal de Jubilación, Sobrevivientes e Incapacidad) y la Parte A del Título XVIII (Seguro de Salud para los Ancianos e Incapacitados) de la Ley del Seguro Social, según actualmente enmendada. La información provista en esta solicitud es generalmente suficiente para determinar el pago de la suma global por fallecimiento. Si usted recibía beneficios como esposa o esposo al momento en que su cónyuge falleció, debe llenar los artículos con un círculo alrededor. Todos los otros reclamantes deben completar la solicitud entera.

*Esta también puede considerarse una solicitud para beneficios de sobrevivientes según la Ley de Retiro Ferroviario y para pagos de la Administración de Veteranos, bajo el título 38 U.S.C., Beneficios de Veteranos, Capítulo 13 (que constituye como tal una solicitud para otros tipos de beneficios de fallecimiento bajo el título 38).

1.	(a) Escriba en LETRA DE MOLDE el nombre del trabajador asalariado o trabajador por cuenta propia (de aquí en adelante lo llamaremos «persona fallecida»).	NOMBRE, INICIAL, APELLIDO
	(b) Indique con una «X» el género de la persona fallecida.	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
	(c) Escriba el número de Seguro Social de la persona fallecida.	
2.	(a) Escriba su nombre en LETRA DE MOLDE.	NOMBRE, INICIAL, APELLIDO
	(b) Escriba su número de Seguro Social.	
	(c) Escriba su nombre al nacer si es diferente al de la pregunta 2(a).	NOMBRE, INICIAL, APELLIDO

PARTE 1 - INFORMACIÓN SOBRE LA PERSONA FALLECIDA

3.	Escriba la fecha de nacimiento de la persona fallecida.	MES, DÍA, AÑO	
4.	(a) Escriba la fecha de fallecimiento.	MES, DÍA, AÑO	
	(b) Escriba el lugar de fallecimiento.	CIUDAD Y ESTADO	
5.	Escriba el nombre del estado o país extranjero donde la persona fallecida tenía su residencia permanente al momento de fallecer.		
6.	(a) ¿Sometió alguna vez la persona fallecida una solicitud para beneficios de Seguro Social, un período de incapacidad bajo el Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario o seguro de hospital o médico bajo Medicare? Si los desconoce, marque este encasillado <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí <i>(Si la respuesta es «Sí», conteste la (b) y la (c).)</i>	<input type="checkbox"/> No <i>(Si la respuesta es «No», continúe a la pregunta 7.)</i>
	(b) Escriba el/los nombre(s) de la(s) persona(s) en cuyo(s) registro(s) de Seguro Social se sometió la otra solicitud.	NOMBRE, INICIAL, APELLIDO	
	(c) Escriba los números de Seguro Social de las personas mencionadas en la (b). Si los desconoce, marque este encasillado <input type="checkbox"/>		

Conteste la pregunta 7 SÓLO si la persona falleció antes de cumplir la plena edad de jubilación o antes de que se cumpliera un año completo después que el fallecido había cumplido la plena edad de jubilación y dentro de los últimos 4 meses.

7.	(a) ¿Estuvo la persona fallecida incapacitada para trabajar debido a enfermedades, lesiones o condiciones en el momento en que falleció?	<input type="checkbox"/> Sí <i>(Si la respuesta es «Sí», conteste la (b).)</i>	<input type="checkbox"/> No <i>(Si la respuesta es «No», continúe a la pregunta 8.)</i>
	(b) Escriba la fecha en que la persona fallecida se incapacitó para trabajar.	MES, DÍA, AÑO	
8.	(a) ¿Estuvo la persona fallecida en el servicio militar o de la marina (incluyendo el servicio activo en la Guardia Nacional o Reserva o servicio activo de adiestramiento) después del 7 de septiembre de 1939 y antes de 1968?	<input type="checkbox"/> Sí <i>(Si la respuesta es «Sí», conteste la (b) y la (c).)</i>	<input type="checkbox"/> No <i>(Si la respuesta es «No», continúe a la pregunta 8.)</i>
	(b) Escriba las fechas de servicio.	(Mes, año) DESDE:	(Mes, año) HASTA:
	(c) ¿Ha recibido alguien (incluyendo la persona fallecida) o espera alguien recibir un beneficio de alguna otra agencia federal?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Conteste la pregunta 9 SOLO si la persona falleció dentro de los últimos 2 años.

9.	(a) Aproximadamente, ¿cuánto ganó la persona fallecida como empleado o como trabajador por cuenta propia durante el año en que falleció?	Cantidad \$	
	(b) Aproximadamente, ¿cuánto ganó la persona fallecida el año antes de su defunción?	Cantidad \$	
10.	(a) ¿Tuvo la persona fallecida ganancias, o ingresos como trabajador por cuenta propia cubierto bajo el Seguro Social todos los años desde 1978 hasta el año pasado?	<input type="checkbox"/> Sí (Si la respuesta es «Sí», continúe a la pregunta 11.)	<input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es «No», conteste la (b) .)
	(b) Escriba los años desde el 1978 hasta el año pasado en que la persona fallecida no tuvo ganancias como empleado o ingresos como trabajador por cuenta propia cubiertas bajo el Seguro Social.		
11.	INDIQUE CON UNA «X», SI PROCEDE: <input type="checkbox"/> Yo no estoy presentado evidencia de las ganancias de la persona fallecida que todavía no están en su registro. Yo entiendo que estas ganancias serán incluidas automáticamente dentro de 24 meses, y cualquier aumento en mis beneficios será pagado con completa retroactividad.		

INFORMACIÓN ACERCA DEL (DE LOS) MATRIMONIO(S) DE LA PERSONA FALLECIDA

12.	Conteste esta pregunta SOLO si la persona fallecida estuvo casada anteriormente		
	(a) Si la persona fallecida se casó después de casarse con usted, sírvase en proveer la información referente al último matrimonio de la persona fallecida. (Si no hubo ningún otro matrimonio, simplemente escriba «NINGUNO».)		
	Nombre del cónyuge (<i>incluso, el apellido de soltera</i>)	Cuándo (Mes, día, año)	Dónde (<i>Nombre de la ciudad y del estado</i>)
	Cómo terminó el matrimonio	Cuándo (Mes, día, año)	Dónde (<i>Nombre de la ciudad y del estado</i>)
	El matrimonio fue oficiado por: <input type="checkbox"/> Clérigo u oficial público <input type="checkbox"/> Otro (<i>Explíquelo en «Comentarios»</i>)	Fecha de nacimiento del cónyuge (<i>o edad</i>)	Si el cónyuge falleció, indique la fecha de defunción
	Número de Seguro Social del cónyuge (<i>Si lo desconoce, sírvase en indicarlo.</i>)		
	(b) Si la persona fallecida había contraído otros matrimonios, y algunos de estos duraron por lo menos 10 años o terminó por causa del fallecimiento del cónyuge (ya sea antes o después que usted se casara con la persona fallecida), conteste las preguntas que se le hacen. Si la persona fallecida se divorció y luego se volvió a casar con la misma persona en menos de un año después del divorcio y el total del tiempo que duró el matrimonio son más de 10 años, sírvase en incluir la información para dicho matrimonio. (Si no existe otro matrimonio, simplemente escriba, «NINGUNO».)		
	Nombre del cónyuge (<i>incluso, el apellido de soltera</i>)	Cuándo (Mes, día, año)	Dónde (<i>Nombre de la ciudad y del estado</i>)
	Cómo terminó el matrimonio	Cuándo (Mes, día, año)	Dónde (<i>Nombre de la ciudad y del estado</i>)
	El matrimonio fue oficiado por: <input type="checkbox"/> Clérigo u oficial público <input type="checkbox"/> Otro (<i>Explíquelo en «Comentarios»</i>)	Fecha de nacimiento del cónyuge (<i>o edad</i>)	Si el cónyuge falleció, indique la fecha de defunción
	Número de Seguro Social del cónyuge (<i>Si lo desconoce, sírvase en indicarlo.</i>)		

En «COMENTARIOS» puede presentar información adicional sobre otros matrimonios que mencionó en la pregunta 12b

13.	¿Existe un padre (o padres) sobreviviente de la persona fallecida que estaba recibiendo apoyo económico al momento del fallecimiento o cuando la persona fallecida se incapacitó de acuerdo la Ley del Seguro Social?	<input type="checkbox"/> Sí (Si la respuesta es «Sí», escriba el nombre y la dirección en «Comentarios».)	<input type="checkbox"/> No
-----	---	--	-----------------------------

PARTE II - INFORMACIÓN SOBRE USTED MISMO (EL SOLICITANTE)

14.	(a) Escriba el nombre del estado o país donde nació.	
	Si ya ha presentado, o está ahora presentando, un registro público o religioso de su nacimiento, establecido antes de que usted cumpliera los 5 años de edad, continúe a la pregunta 15.	
	(b) ¿Se estableció un registro público de su nacimiento antes de que usted cumpliera los 5 años de edad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce
	(c) ¿Se estableció un registro religioso de su nacimiento antes de que usted cumpliera los 5 años de edad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce

15. Información sobre sus matrimonios (usted, como el solicitante)

(a) Provea la información referente a su matrimonio con la persona fallecida.

Nombre del cónyuge (<i>incluso, el apellido de soltera</i>)	Cuándo (Mes, día, año)	Dónde (<i>Nombre de la ciudad y del estado</i>)
Cómo terminó el matrimonio	Cuándo (Mes, día, año)	Dónde (<i>Nombre de la ciudad y del estado</i>)
El matrimonio fue oficiado por: <input type="checkbox"/> Clérigo u oficial público <input type="checkbox"/> Otro (<i>Explíquelo en «Comentarios»</i>)	Fecha de nacimiento del cónyuge (<i>o edad</i>)	Si el cónyuge falleció, indique la fecha de defunción
Número de Seguro Social del cónyuge (<i>Si «ninguno» o «se desconoce» indíquelo</i>)		

(b) Si usted se contrajo matrimonio otra vez **después** de estar casado(a) con la persona en la 15(a), provea la información referente a su último matrimonio. **Si no existe otro matrimonio, simplemente escriba «NINGUNO».**

Nombre del cónyuge (<i>incluso, el apellido de soltera</i>)	Cuándo (Mes, día, año)	Dónde (<i>Nombre de la ciudad y del estado</i>)
Cómo terminó el matrimonio	Cuándo (Mes, día, año)	Dónde (<i>Nombre de la ciudad y del estado</i>)
El matrimonio fue oficiado por: <input type="checkbox"/> Clérigo u oficial público <input type="checkbox"/> Otro (<i>Explíquelo en «Comentarios»</i>)	Fecha de nacimiento del cónyuge (<i>o edad</i>)	Si el cónyuge falleció, indique la fecha de defunción
Número de Seguro Social del cónyuge (<i>Si «ninguno» o «se desconoce» indíquelo</i>)		

(c) Provea información acerca de cualquier otro matrimonio que usted haya contraído y que haya durado por lo menos 10 años (vea la pregunta 12(b) para una explicación de cómo se cuentan matrimonios múltiples contraídos por una persona) o terminó por causa del fallecimiento del cónyuge (ya sea antes o después que usted se casara con la persona fallecida). **Si no existe otro matrimonio, simplemente escriba «NINGUNO».**

Nombre del cónyuge (<i>incluso, el apellido de soltera</i>)	Cuándo (Mes, día, año)	Dónde (<i>Nombre de la ciudad y del estado</i>)
Cómo terminó el matrimonio	Cuándo (Mes, día, año)	Dónde (<i>Nombre de la ciudad y del estado</i>)
El matrimonio fue oficiado por: <input type="checkbox"/> Clérigo u oficial público <input type="checkbox"/> Otro (<i>Explíquelo en «Comentarios»</i>)	Fecha de nacimiento del cónyuge (<i>o edad</i>)	Si el cónyuge falleció, indique la fecha de defunción
Número de Seguro Social del cónyuge (<i>Si «ninguno» o «se desconoce» indíquelo</i>)		

Use el espacio de «COMENTARIOS» para información sobre algún otro matrimonio descrito en la pregunta 15c.

Si está solicitando los beneficios como ex -cónyuge sobreviviente, omita la pregunta 16 y pase a la pregunta 17.

16. (a) ¿Estaban viviendo juntos usted y la persona fallecida en la misma dirección al momento de la defunción?

Sí (Si la respuesta es «Sí», continúe a la pregunta 17.) No (Si la respuesta es «No», conteste la (b).)

(b) Si usted o la persona fallecida estaban fuera del hogar (*aunque haya sido temporalmente no*) cuando falleció, provea la siguiente información: ¿Quién estaba fuera del hogar? la persona fallecida el cónyuge sobreviviente

Fecha que estuvo en su casa por última vez:	Razón por la ausencia:	Razón porque ustedes estaban separados al momento del fallecimiento:
---	------------------------	--

Si estaban separados debido a una enfermedad, indique la naturaleza de la enfermedad o incapacidad.

17. (a) ¿Ha presentado (o alguien a nombre suyo) una solicitud para beneficios del Seguro Social, un período de incapacidad bajo el Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario, o seguro de hospital o médico bajo Medicare?

Sí (Si la respuesta es «Sí», conteste la (b) y la (c).) No (Si la respuesta es «No», continúe a la pregunta 18.)

(b) Escriba el nombre de la persona a quien pertenece el registro de ganancias de Seguro Social en el que presentó la otra solicitud.	
(c) Escriba el número de Seguro Social de la persona mencionada en (b). (<i>Si se desconoce, indíquelo.</i>)	

NO CONTESTE LA PREGUNTA 18 SI YA CUMPLIÓ SU PLENA EDAD DE JUBILACIÓN. CONTINÚE A LA PREGUNTA 19.

18.	(a) Al presente o durante los últimos 14 meses, ¿ha estado incapacitado para trabajar debido a enfermedades, lesiones o algún otro padecimiento?	<input type="checkbox"/> Sí <i>(Si la respuesta es «Sí», conteste la (b) .)</i>	<input type="checkbox"/> No <i>(Si la respuesta es «No», continúe a la pregunta 19.)</i>
	(b) Escriba la fecha en que se incapacitó para trabajar.	(Mes, día, año)	
19.	¿Participó en el servicio activo militar o de la marina (incluso el servicio activo en la Guardia Nacional o Reserva o servicio activo para adiestramiento) después del 7 de septiembre del 1939 y antes del 1968?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
20.	¿Trabajó usted o la persona fallecida en la industria ferroviaria por más de 5 años?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
21.	(a) ¿Tiene usted o la persona fallecida créditos de Seguro Social (por ejemplo, basados en el trabajo o residencia) bajo el sistema de Seguro Social de otro país?	<input type="checkbox"/> Sí <i>(Si la respuesta es «Sí», conteste la (b) .)</i>	<input type="checkbox"/> No <i>(Si la respuesta es «No», continúe a la pregunta 22.)</i>
	(b) Si la respuesta es «Sí», indique el país o países.		
22.	(a) ¿Tiene derecho o espera tener derecho a una pensión o anualidad (o un pago global en vez de una pensión o anualidad) basado en su propio empleo y ganancias del gobierno federal de los E.U.A. o uno de los estados o subdivisiones locales? <i>(Los beneficios de Seguro Social no es una pensión gubernamental.)</i>	<input type="checkbox"/> Sí <i>(Si la respuesta es «Sí», indique cuál de los artículos en la pregunta (b) le corresponde a usted.)</i>	<input type="checkbox"/> No <i>(Si la respuesta es «No», continúe a la pregunta 23.)</i>
	(b)		
	<input type="checkbox"/> Recibo una pensión o anualidad del gobierno.	<input type="checkbox"/> No he solicitado pero espero comenzar a recibir mi pensión o anualidad:	
	<input type="checkbox"/> Recibí un pago global en lugar de una pensión o anualidad del gobierno.		
	<input type="checkbox"/> Solicité y estoy esperando una decisión sobre mi pensión o pago global.	(mes, año) <i>(Si no sabe la fecha, escriba, «Se desconoce».)</i>	

INFORMACIÓN SOBRE MEDICARE

Si se aprueba esta reclamación y todavía tiene derecho a beneficios a los 65 años o si le faltan 3 meses para cumplir los 65 años, automáticamente recibiría la cobertura de Medicare Parte A (seguro de hospital) y Medicare Parte B (seguro médico) a los 65 años. Si no tiene derecho a la inscripción automática al Medicare Parte B, se debe comunicar con el Seguro Social para solicitar que se le inscriba.

CONTESTE LA PREGUNTA 23 SOLO SI SE LE FALTAN 3 MESES PARA CUMPLIR LOS 65 AÑOS DE EDAD O YA LOS CUMPLIÓ

La Parte B de Medicare (seguro médico) le ayuda a cubrir los gastos de servicios que le prestan los médicos y servicios como paciente ambulatorio. También cubre otros servicios que Medicare Parte A no cubre, tal como los servicios de terapeutas físicos y ocupacionales y algunos servicios en el hogar. Si decide inscribirse en la Parte B de Medicare, tendrá que pagar una prima mensual. La cantidad de la prima mensual se determinará de acuerdo a cuándo comience su cobertura. En algunos casos, la prima mensual puede ser mayor basada en la información que recibamos del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service - IRS, siglas en inglés) acerca de sus finanzas. Las primas mensuales serán descontadas de los beneficios mensuales que recibe de Seguro Social, jubilación ferroviaria, u Oficina de Administración de Personal. Si no recibe ningunos de estos beneficios, recibirá una carta donde se le explicará qué debe hacer para pagar las primas mensuales. Igualmente, se le hará saber por adelantado si hay algún cambio en la cantidad de la prima mensual.

También tiene la oportunidad de inscribirse en uno de los planes de medicamentos recetados (Parte D) de Medicare. Para informarse mejor acerca de los planes de medicamentos recetados de Medicare y cuándo puede inscribirse, visite el sitio de Internet <http://es.medicare.gov> o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY 1-877-486-2048). Los agentes de Medicare también le pueden hacer saber el nombre de las agencias en su área que le pueden ayudar a elegir un plan para la cobertura de sus medicamentos. La cantidad de su prima mensual de la Parte D de Medicare posiblemente sea mayor que la prima mensual estándar porque está basada en su declaración de ingresos que recibimos del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service - IRS, siglas en inglés).

Si tiene ingresos y recursos limitados, le animamos a que solicite el *Beneficio Adicional* que le puede ayudar con los gastos de los medicamentos recetados de Medicare. Este *Beneficio Adicional* le puede ayudar a pagar las primas mensuales, los deducibles anuales y copagos de recetas médicas. Para informarse mejor acerca de este beneficio o para solicitarlo, favor de visitar el sitio de Internet www.segurososocial.gov o llame al 1-800-772-1213 (TTY 1-800325-0778) o visite la oficina del Seguro Social más cercana.

23.	¿Quiere inscribirse en la Parte B de Medicare (seguro médico)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
-----	--	-----------------------------	-----------------------------

CONTESTE LA PREGUNTA 24 SÓLO SI LA PERSONA FALLECIDA MURIÓ ANTES DE ESTE AÑO.

24.	(a) ¿Cuál fue el total de sus ganancias el año pasado?	\$			
	(b) Escriba una «X» en cada encasillado de cada mes del año pasado en que usted <u>no devengó</u> más de *\$ _____ en salarios ni desempeño servicios sustanciales en un empleo por cuenta propia. Estos meses son meses exentos. Si ninguno de los meses estuvo exento, escriba una «X» en el encasillado que lee, «NINGUNO». Si todos los meses estuvieron exentos, escriba una «X» en el encasillado que lee, «TODOS».	NINGUNO		TODOS	
		ene.	feb.	mar.	abr.
		mayo	jun.	jul.	ago.
		sep.	oct.	nov.	dic.
* Escriba el límite mensual apropiado después de leer las instrucciones, «Como sus ganancias afectan sus beneficios».					

25.	(a) ¿Cuánto usted espera que serán sus ganancias este año?	\$			
	(b) Escriba una «X» en cada encasillado por cada mes de este año en que usted <u>no devengó o no devengará</u> más de *\$ _____ en salarios, y <u>no desempeñó ni desempeñará</u> servicios sustanciales de trabajo por cuenta propia. Estos meses son meses exentos. Si ninguno de los meses estará exento, escriba una «X» en el encasillado que lee, «NINGUNO». Si todos los meses estarán exentos, escriba una «X» en el encasillado que lee, «TODOS».	NINGUNO		TODOS	
		ene.	feb.	mar.	abr.
		mayo	jun.	Jul.	ago.
		sep.	oct.	nov.	dic.
* Escriba el límite mensual apropiado después de leer las instrucciones, «Como sus ganancias afectan sus beneficios».					

Conteste la pregunta 26 SOLO si usted está en los últimos 4 meses de su año tributable (sep., oct., nov. y dic., si su año tributable es un año calendario).

26.	(a) ¿Cuánto espera ganar el próximo año?	\$			
	(b) Escriba una «X» en cada encasillado por cada mes del próximo año en que usted <u>no espera devengar</u> más de \$ _____ en salarios, y <u>no espera desempeñar</u> servicios sustanciales de trabajo por cuenta propia. Estos meses serán meses exentos. Si ninguno de los meses estará exento, escriba una «X» en «NINGUNO». Si todos los meses estarán exentos, escriba una «X» en «TODOS».	NINGUNO		TODOS	
		ene.	feb.	mar.	abr.
		mayo	jun.	jul.	ago.
		sep.	oct.	nov.	dic.
* Escriba el límite mensual apropiado después de leer las instrucciones, «Como sus ganancias afectan sus beneficios».					

27.	Si usa un año fiscal, esto es, un año tributable que no termina el 31 de diciembre (con la declaración de impuestos que vence el 15 de abril), indique aquí el mes en que termina su año fiscal.	Mes
-----	--	-----

Si ya cumplió su plena edad de jubilación, continúe a la página 6. De lo contrario, por favor lea las instrucciones en la página 8 y conteste una de las siguientes preguntas.

28.	(a) Quiero comenzar a recibir los beneficios a partir del primer mes posible.	<input type="checkbox"/>
	(b) Ya cumplí mi plena edad de jubilación (o la cumpliré dentro de los próximos 4 meses) y deseo comenzar a recibir los beneficios a partir del primer mes posible y el cual sea más ventajoso para mí, siempre y cuando no haya una reducción permanente en mis beneficios mensuales.	<input type="checkbox"/>
	(c) Quiero comenzar a recibir los beneficios en _____. Entiendo que es posible que la cantidad del beneficio inicial sea mayor que la cantidad que recibiré mensualmente, pero aun así elijo no aceptarlo.	<input type="checkbox"/>

CONTESTE LA PREGUNTA 29 SOLO SI TIENE POR LO MENOS 61 AÑOS Y 8 MESES DE EDAD.

29.	¿Quisiera que esta solicitud se considere como una solicitud para recibir los beneficios por jubilación basados en su propio registro de ganancias?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
-----	---	---

COMENTARIOS: (Usted puede usar este espacio para cualquier explicación. Si necesita más espacio, adjunte una hoja suelta.)

Información de pago para depósito directo (Institución financiera)

Número de ruta bancaria	Número de cuenta	<input type="checkbox"/> Chequera	<input type="checkbox"/> Inscribirse en «Direct Express®»
		<input type="checkbox"/> Ahorros	<input type="checkbox"/> Depósito directo rechazado

Yo declaro bajo pena de perjurio que he examinado toda la información en este formulario, y en cualquier documento o declaración adjunta, y que la misma está correcta según mi mejor entendimiento. Yo entiendo que cualquier persona que a sabiendas haga o cause que se haga una declaración falsa o engañosa de hechos materiales en una solicitud comete un delito y puede ser enviado a prisión, o enfrentar otras penalidades o ambas.

FIRMA DEL SOLICITANTE	Fecha (Mes, día, año)
Firma (Nombre, inicial, apellido) (Use un bolígrafo para firmar)	Números de teléfonos diurno en los que nos podamos comunicar con usted Código de área

Dirección postal del solicitante (número de la casa o edificio, nombre de la calle, núm. de apartamento, Apdo. postal, o ruta rural) (Escriba su dirección residencial en «Comentarios», si es distinta a su dirección postal.)

Ciudad y estado	Zona postal	País (si procede) donde reside al presente
-----------------	-------------	--

Se requieren testigos SOLO si esta solicitud ha sido firmada con una (X). Si fue firmada con una (X), dos testigos que conocen al solicitante deben firmar a continuación, dando sus direcciones completas. También, escriba en letra de molde el nombre del solicitante en el encasillado que lee, *Firma*.

1. Firma del testigo	2. Firma del testigo
Dirección (Número y calle, ciudad, estado y zona postal)	Dirección (Número y calle, ciudad, estado y zona postal)

RECIBO DE SU RECLAMACIÓN PARA RECIBIR LOS BENEFICIOS DE SEGURO COMO VIUDA O VIUDO

NÚMEROS TELEFÓNICOS PARA LLAMAR SI TIENE PREGUNTAS O ALGO QUE INFORMAR	ANTES DE RECIBIR UN AVISO DE APROBACIÓN	OFICINA DEL SEGURO SOCIAL	FECHA DE RECIBO DE SU RECLAMACIÓN
	DESPUÉS DE RECIBIR UN AVISO DE APROBACIÓN		

Su solicitud para recibir los beneficios de Seguro Social ha sido recibida y será procesada lo más pronto posible.

Le haremos saber nuestra decisión dentro de _____ días después que nos haya presentado toda la información que le solicitamos. Algunas reclamaciones toman más tiempo si se necesita información adicional.

Mientras tanto, si tiene un cambio de dirección, o si hay algún otro cambio que puede afectar su reclamación, usted - o alguien a su favor - debe informar el cambio. Los cambios que tienen que ser informados están indicados en la página 8. Siempre nos debe hacer saber su número de reclamación cuando escriba o llame sobre su reclamación.

Con mucho gusto le ayudaremos si tiene preguntas sobre su reclamación.

RECLAMANTE	APELLIDO DE LA PERSONA FALLECIDA, SI ES DIFERENTE AL APELLIDO DEL RECLAMANTE	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DE LA RECLAMACIÓN
------------	--	---

**AVISO DE LA LEY DE CONFIDENCIALIDAD
Recopilación y uso de la información personal**

Las secciones 202, 205 y 223 de la Ley del Seguro Social, según enmendadas, nos autorizan a recopilar la información solicitada en este formulario. La información que presente será usada para tomar una decisión respecto a esta reclamación.

El contestar las preguntas en este formulario, es voluntario. Sin embargo, de no presentar la información que se solicita, en parte o en su totalidad, posiblemente impida el que tomemos una decisión exacta dentro de un periodo de tiempo adecuado o podría causar que pierda parte de los beneficios que le corresponden.

Muy infrecuentemente usamos la información que nos presenta en este formulario para algún otro propósito que no sea el determinar si tiene derecho a recibir los beneficios de Seguro Social. Es posible que divulguemos la información que presente en este formulario de acuerdo a los usos rutinarios que incluyen, pero no están limitados a: 1. El facilitar que alguna otra agencia o un tercer partido le provea ayuda al Seguro Social para establecer su derecho a recibir los beneficios y cobertura; 2. Para cumplir con las leyes federales que requieren la divulgación de la información de nuestros registros (Ej., a la Oficina General de Contabilidad y al Departamento de Asuntos de los Veteranos); 3. Para decidir si tiene derecho a programas similares de salud y mantenimiento de ingresos al nivel federal, estatal y municipal; y 4. Para facilitar los estudios estadísticos, investigaciones o de actividades de auditoría necesarias para asegurar la integridad de los programas del Seguro Social (Ej., facilitarle la información a la Agencia del Censo).

Es posible que también usemos esta información cuando comparemos registros por computadora. Los programas de comparación cotejan nuestros registros con los de otras agencias federales, estatales o locales. La información de estos programas de comparación se usa para establecer o comprobar si la persona tiene derecho a beneficios pagados o administrados por el gobierno federal y para reembolso de los beneficios o deudas pendientes pertenecientes a estos programas.

Puede encontrar una lista de los usos rutinarios de la información presentado en el formulario se encuentra en nuestro Sistema de Registros de Avisos 60-0089 (en el «Claims Folders Systems» - sistema de registro de reclamaciones). También puede encontrar más información acerca de este formulario y otros sistemas de registros de avisos y programas del Seguro Social, visitando nuestro sitio de Internet www.segurosocial.gov o visitando su oficina local del Seguro Social.

Declaración sobre la ley para la Reducción de Documentos de Trabajo - Esta recopilación de información cumple con los requisitos del código de ley 44 U.S.C. § 3507, según enmendada por la sección 2 de la Ley para la 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 15 minutos leer las instrucciones, reunir los datos y contestar las preguntas. **ENVÍE o lleve EL FORMULARIO, UNA VEZ LO LLENE, A SU OFICINA LOCAL DEL SEGURO SOCIAL O AL CONSULADO O EMBAJADA DE LOS ESTADOS UNIDOS MÁS CERCANA.** La oficina aparece en la guía telefónica bajo agencias de gobierno de EE.UU. o puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Puede enviar comentarios sobre nuestro cálculo del tiempo que le toma completar el formulario a: SSA, 6401 Security Boulevard., Baltimore, MD. 21235-6401. **Por favor envíe solo comentarios sobre nuestro cálculo de tiempo a la dirección mencionada previamente, no envíe el formulario.**

CAMBIOS QUE DEBE INFORMAR Y CÓMO INFORMARLOS

Negligencia en informar puede resultar en sobrepagos que tendrían que ser reembolsados, al igual que posibles multas

- Si cambia su dirección residencial o postal donde recibe sus beneficios. *(Para evitar demoras en el recibo de cheques TAMBIÉN debe presentar un aviso de cambio de dirección en su oficina postal.)*
- Si cambia su ciudadanía o estado de inmigratorio.
- Si viaja fuera de los Estados Unidos por más de 30 días consecutivos.
- Si uno de los beneficiarios fallece o ya no es capaz de administrar sus propios beneficios.
- Si ocurren cambios en su empleo - en su solicitud, declaró que espera ganancias totales para el año _____ de \$ _____.

(Está) (No está) ganando salarios de más de \$ _____ mensuales.

(Está) (No está) trabajando por cuenta propia desempeñando servicios sustanciales en su oficio o negocio.

(Informe de INMEDIATO si cambia este patrón de empleo.)

- Si cambia su estado civil --matrimonio, divorcio, anulación de matrimonio. Tiene que informar el matrimonio aunque piense que existe una excepción.
- Si está confinado en una cárcel, prisión, o institución penal o correccional por una convicción de un crimen o está encerrado en una institución pública por una orden judicial en conexión con un crimen.
- Si ocurren cambios de custodia --Informe si una persona para quien está solicitando o que está bajo su tutela fallece, deja de estar bajo su tutela o cambia de dirección.
- Si comienza a recibir una pensión o anualidad (del gobierno federal, o cualquier estado o sus subdivisiones políticas) o la cantidad de su pensión o anualidad cambia.
- Si tiene una orden de detención pendiente por un delito grave o por atentar un delito grave (o en jurisdicciones que no definen crímenes como delitos graves, un crimen que tiene un castigo de muerte o encarcelamiento por más de un año).

- Si tiene una orden de Detención por violar su libertad vigilada o condicional bajo la ley federal o estatal.

Solicitantes de beneficios por incapacidad

1. Si regresa a trabajar (como empleado o trabajador por cuenta propia) sin importar la cantidad de las ganancias.
2. Si su padecimiento médico mejora.

TRABAJO Y GANANCIAS

Para aquellas personas que son menores de su plena edad de jubilación, la ley requiere que informe sus ganancias al Seguro Social dentro de 3 meses y 15 días después de que termina el año tributable en el cual gana sobre el límite anual de ganancias. Debe comunicarse con el Seguro Social para informar. De lo contrario, el Seguro Social usará las ganancias que su empleador informó y las ganancias que informa en su declaración de impuestos como persona con negocio propio (si procede) como que estas son las ganancias que la ley le requería que informara y hará los cálculos apropiados según el límite anual de ganancias. Es su responsabilidad el asegurarse que la información que presenta referente a sus ganancias en nuestros registros de ganancias estén correctas. Se le solicitará que presente evidencia si reclama que el cálculo no es correcto, de acuerdo a los ingresos que aparecen en su registro de ganancias.

CÓMO INFORMAR

Usted puede hacer sus informes por teléfono, correo, o en persona, según lo prefiera. Si se le aprueban los beneficios, y uno o más de los cambios mencionados ocurren, debe informarlos:

- Visitando nuestro sitio de Internet, www.segurosocial.gov, y haciendo un clic en la sección que lee, «Servicios por Internet».
- Llamando GRATIS al 1-800-772-1213; o
- Si es sordo o tiene problemas auditivos, llamando GRATIS a nuestro número TTY 1-800-325-0778; o
- Llamando, visitando o escribiendo a su oficina local de Seguro Social al teléfono y dirección mencionados previamente en su recibo de reclamación.

Para información general sobre el Seguro Social, visite nuestro sitio de Internet en www.segurosocial.gov/espanol.

CALCULANDO SUS GANANCIAS ANUALES

Para calcular el total de sus ganancias anuales, cuente todos los salarios brutos (antes de deducciones) y ganancias netas como trabajador por cuenta propia, los cuales gana durante el año entero. Esto incluye ambas ganancias, las de antes y después de jubilarse, y se aplica a todo ingreso devengado, ya sea que pague o no pague impuestos de Seguro Social. Sin embargo, cuando calcule su total de ganancias anuales NO CUENTE NINGUNA CANTIDAD DEVENGADAS COMENZANDO CON EL MES EN QUE CUMPLE SU PLENA EDAD DE JUBILACIÓN. Solo cuente las cantidades que devengó antes de cumplir su plena edad de jubilación.

FAVOR DE LEER LA SIGUIENTE INFORMACIÓN CUIDADOSAMENTE ANTES DE CONTESTAR LA PREGUNTA 28.

Es posible que usted pueda recibir los beneficios por algunos meses antes del mes en que presenta esta solicitud (pero no por ninguno de los meses antes de que cumpla los 60 años de edad (a menos que este incapacitado) si:

- SI SUS GANANCIAS EXCEDERÁN EL LÍMITE DE GANANCIAS PARA ESTE AÑO.

(Para ver la cantidad del límite de ganancias correspondiente, consulte la publicación titulada, «Cómo sus ganancias afectan sus beneficios».)

Si el primer mes en que comienza a recibir los beneficios es antes de que cumpla su plena edad de jubilación, la cantidad de su beneficio será reducida. Sin embargo, si no recibe la cantidad completa de su beneficio por un mes o más antes de cumplir su plena edad de jubilación debido a que los beneficios se están reteniendo a causa de sus ganancias, la cantidad de sus beneficios aumentará cuando cumpla su plena edad de jubilación para darle crédito por los beneficios retenidos. Así que, la cantidad de sus beneficios cuando cumpla su plena edad de jubilación será reducida solo si recibe un cheque o más de beneficios sin retención ninguna antes de cumplir su plena edad de jubilación.