

SOLICITUD PARA BENEFICIOS DE SEGURO PARA NIÑOS

(Application for Child's Insurance Benefits)

Al llenar esta solicitud, usted está solicitando a nombre de los niños nombrados en la pregunta 3, todos los beneficios de seguro a los cuales ellos podrían tener derecho bajo el Título II (Seguro Federal para Envejecientes, Sobrevivientes e Incapacidad) de la Ley del Seguro Social, según actualmente enmendada. Si está solicitando su propio beneficio, conteste las preguntas respecto a su propia persona.

Si está solicitando beneficios basados en el número de Seguro Social de un trabajador fallecido, también consideraremos esta solicitud como una solicitud para beneficios como sobrevivientes bajo la Ley de Retiro Ferroviario y para beneficios de la Administración de Veteranos bajo el Título 38, U.S.C. de Beneficios para Veteranos, Capítulo 13 (el cual es, como tal, una solicitud para otros tipos de beneficios por muerte según el Título 38).

(No escriba en este espacio)

Life Claim Death Claim

1.	(a) Escriba en LETRA DE MOLDE el nombre del trabajador asalariado o trabajador por cuenta propia (de aquí en adelante lo llamaremos «trabajador»).	Nombre, inicial, apellido
	(b) Escriba el número de Seguro Social del trabajador.	
2.	(a) Escriba su nombre en LETRA DE MOLDE (a menos que usted mismo sea el trabajador).	Nombre, inicial, apellido
	(b) Escriba su número de Seguro Social	

PARTE 1 - Información sobre los hijos del trabajador

3. Los hijos del trabajador (incluso los hijos biológicos, adoptivos e hijastros) o nietos dependientes (incluso nietos políticos) podrían tener derecho a recibir los beneficios basados en el registro de ganancias del trabajador. Para un trabajador quien todavía está vivo, la información que se encuentra a continuación se aplica a este mes o a cualquiera de los últimos 12 meses. Para un trabajador fallecido, la información a continuación es pertinente a la fecha de defunción o a cualquier período desde que el trabajador falleció.

Indique a seguir todos los hijos que:	Indique con una (X) el género del hijo		Fecha de nacimiento (Mes, día, año)	Indique con una (X) si el hijo es mayor de 17.5 años de edad		Indique con una (X) en el parentesco del niño con el trabajador						Número de Seguro Social del hijo
	M	F		Es estudiante	Está incapacitado	Hijo legítimo	Hijo adoptivo	Hijastro(a)	Nieto dependiente	Otro		
<ul style="list-style-type: none"> Son menores de 18 años de edad Tienen de 18 a 19 años de edad, y que asisten a una escuela primaria o secundaria a tiempo completo Están incapacitados o impedidos (mayores de 18 años e incapacitados antes de los 22) 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nombre completo del hijo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Si usted no desea ser el representante de pago para ninguno de los hijos o nietos dependientes nombrados, escriba el nombre y dirección del niño en la página 5 en «Comentarios». Puede presentar una solicitud a nombre de un niño aunque no quiera ser el representante de pagos del niño.

4.	Si alguno de los niños nombrados en la pregunta 3 son hijastros del trabajador, indique la fecha en que el trabajador se casó con el padre (la madre) biológico(a) del niño.	Mes, día, año
5.	(a) ¿Hay un representante legal (guardián, conservador, curador, etc.) para alguno de los niños en la pregunta 3?	<input type="checkbox"/> Si (Si contestó «Sí», conteste (b) y (c).) <input type="checkbox"/> No (Si contestó «No», pase a la pregunta 6.)

5.	(b) Escriba la siguiente información sobre el (los) representante(s) legal(es):	NOMBRE (Nombre, inicial, apellido)	Número de teléfono (incluya el código de área)	
		DIRECCIÓN		
(c) Explique brevemente las circunstancias que causaron que la corte nombrara a un representante legal.				
6.	¿Es usted el padre o la madre biológico(a) o adoptivo(a) de las persona(s) por quién(es) está solicitando?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
7.	¿Han sido adoptados alguno de los niños en la pregunta 3 por alguien más aparte del trabajador? (Si la respuesta es «Sí», provea la siguiente información):	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
	Nombre del niño	Fecha de adopción	Nombre de la persona que adoptó al niño	
8.	¿Viven en el mismo hogar con usted todos los niños nombrados en la pregunta 3? (Si la respuesta es «No», provea la siguiente información acerca de cada uno de los niños que no vive con usted. Si no sabe el paradero de alguno de estos niños, provea una explicación en «Comentarios».)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
	Nombre del niño que no vive con usted	Persona con quien el niño vive ahora		
		Nombre y dirección	Parentesco con el niño	
9.	¿Se ha casado alguna vez alguno de los niños nombrados en la pregunta 3? (Si la respuesta es «Sí», provea la siguiente información.)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
	Nombre del niño	Fecha de matrimonio (Mes, día, año)		
	¿Cómo terminó el matrimonio? (Si todavía está casado, escriba, «no ha terminado».)	Fecha en que terminó el matrimonio (Mes, día, año)		
10.	¿Ha solicitado alguien anteriormente con la Administración del Seguro Social beneficios mensuales a nombre de alguno de los niños nombrados en la pregunta 3? (Si la respuesta es «Sí», provea a continuación el nombre de los niños y los nombres y números de Seguro Social de la(s) persona(s) en cuyo(s) registro(s) de ganancias se presentó la otra solicitud.)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
	Nombre del niño	Nombre del trabajador	Número de Seguro Social del trabajador	

Si está solicitando SOLO para un niño mayor de 18 años de edad quien está incapacitado, omite las preguntas 11 hasta la 14. En todos los otros casos, conteste las preguntas 11 a la 14.

Información de ganancias del año pasado (No conteste estas preguntas si el trabajador falleció este año.)

11.	(a) ¿Devengó más de la cantidad límite el año pasado algún niño mencionado en la pregunta 3? (Si la respuesta es «Sí», conteste la (b). Si la respuesta es «No», pase a la pregunta 12.)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	(b) Nombre del niño que devengó más de la cantidad límite el año pasado.	Ganancias totales del niño.	Enumere cada mes que el niño no ganó más de \$_____ en salarios y no desempeñó servicios sustanciales en un trabajo por cuenta propia.
		\$	
		\$	
		\$	

Información de ganancias del año en curso (presente)

12.	(a) ¿Se espera que el total de ganancias de alguno de los niños mencionados en la pregunta 3 sobrepase la cantidad límite este año? (Cuenta todas las ganancias empezando con el primer día de este año y todas las ganancias anticipadas hasta el final del año.) (Si la respuesta es «Sí», conteste (b). Si la respuesta es «No», pase a la pregunta 13.)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	(b) Nombre del niño que se espera que gane más de la cantidad límite este año.	Cantidad de ganancias que espera ganar el niño.	Enumere cada mes (incluso el mes en curso) en el cual el niño no ganó o no ganará más de \$_____ en salarios y no desempeñó o no desempeñará servicios sustanciales en un trabajo por cuenta propia.
		\$	
		\$	
		\$	

Conteste la pregunta 13 SOLO si algún niño actualmente está en los últimos 4 meses de su año tributable (septiembre, octubre, noviembre y diciembre, si el año tributable es igual al año calendario).

Información sobre ganancias para el próximo año

13.	(a) ¿Espera que el total de ganancias de alguno de los niños mencionados en la pregunta 3 sobrepase la cantidad límite en el próximo año? (Si la respuesta es «Sí», conteste la pregunta (b). Si la respuesta es «No», pase a la pregunta 14.)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	(b) Nombre del niño que se espera que gane más de la cantidad límite el próximo año.	Cantidad de ganancias que espera ganar el niño.	Enumere cada mes en el cual el niño no devengará más de \$_____ en salarios y no desempeñará servicios sustanciales en un trabajo por cuenta propia.
		\$	
		\$	
		\$	

14.	Si alguno de los niños para quien usted está solicitando usa un año fiscal (un año que no termina el 31 de diciembre), indique aquí el nombre del niño y el mes en que el año fiscal termina.	Nombre del niño y el mes en que termina el año fiscal.
-----	---	--

Conteste las preguntas 15 y 16 SOLO si el Trabajador aún vive. De lo contrario, pase a la pregunta 17.

15.	Si alguno de los niños mencionados en la pregunta 3 son hijos adoptivos del Trabajador, escriba en letra de molde el nombre de cada niño y la fecha cuando el Trabajador los adoptó.	
	Nombre del hijo adoptivo	Fecha de adopción

16.	¿Han vivido con el Trabajador todos los niños mencionados en la pregunta 3 durante cada uno de los últimos 13 meses (contando el mes en curso)? (Si la respuesta es «No», provea la información solicitada a continuación.)		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	Nombre del niño que no vivió con el Trabajador durante cada uno de los últimos 13 meses.	Indique cada mes en que el niño no vivió con el Trabajador	Persona con quién vivió el niño	
			Nombre y dirección	Parentesco con el niño
17.	Si alguno de ellos cumplirá, dentro de 2 meses, los 65 años de edad o más, o es ciego o está incapacitado, ¿quiere solicitar los beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario a nombre de alguno de los niños mencionados en la pregunta 3?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Parte 2 - Información sobre el Trabajador fallecido. Conteste las preguntas del 18 al 26 solamente si el Trabajador ha fallecido.

18.	(a) Escriba la fecha de nacimiento del Trabajador	Mes, día, año	
	(b) Escriba en letra de molde el nombre del Trabajador al nacer, si es diferente al de la pregunta 1(a)		
	(c) Marque con una (X) el género del Trabajador	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino
19.	(a) Escriba la fecha de defunción	Mes, día, año	
	(b) Escriba en letra de molde el lugar donde el trabajador feneció.	Ciudad y estado	
20.	Escriba el nombre del estado o país donde el Trabajador mantenía su residencia fija al momento de fenecer.	Estado o país extranjero	
21.	¿Trabajó el Trabajador para la industria ferroviaria por más de 5 años?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
22.	(a) ¿Estuvo el Trabajador 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 de 1939 y antes de 1968?	<input type="checkbox"/> Sí (Si contestó «Sí», conteste las preguntas (b) y (c).)	<input type="checkbox"/> No (Si contestó «No», pase a la pregunta 23.)
	(b) Escriba las fechas de servicio.	Desde: (Mes, año)	Hasta: (Mes, año)
	(c) ¿Ha recibido, o espera recibir, alguna persona (incluso el Trabajador), beneficios de alguna otra agencia federal?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
23.	(a) ¿Tuvo el Trabajador créditos de Seguro Social (por ejemplo, basados en trabajo o residencia) bajo el sistema de seguro social de otro país?	<input type="checkbox"/> Sí (Si contestó «Sí», conteste la pregunta (b).)	<input type="checkbox"/> No (Si contestó «No», pase la pregunta 24.)
	(b) Indique el país o países.		
24.	(a) ¿Tuvo ganancias el Trabajador o ingresos de trabajo por cuenta propia, por los que pagó impuestos de Seguro Social en todos los años desde el 1978 hasta el año pasado?	<input type="checkbox"/> Sí (Si contestó «Sí», pase a la pregunta 25.)	<input type="checkbox"/> No (Si contestó «No», conteste la pregunta (b).)
	(b) Indique los años desde el 1978 hasta el año pasado, en que el Trabajador no tuvo ganancias, o ingresos de trabajo por cuenta propia, cubiertos por el Seguro Social.		

Conteste la pregunta 25 SOLO si la defunción ocurrió dentro de los últimos dos años

25.	(a) ¿Cuánto ganó, aproximadamente, el Trabajador como empleado y trabajo por cuenta propia durante el año en que feneció?	CANTIDAD \$
	(b) ¿Cuánto ganó, aproximadamente, el Trabajador el año antes de su fenecimiento?	CANTIDAD \$

COMENTARIOS (Continuación)

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 entender. Yo entiendo que cualquier persona que a sabiendas hace una declaración falsa o engañosa acerca de hechos materiales en esta información o causa que alguien más lo haga, comete un crimen y puede ser enviado a prisión o enfrentar otras penalidades, o ambas.

FIRMA DEL SOLICITANTE	Fecha (<i>Mes, día, año</i>)
FIRMA (Nombre, inicial, apellido) (Use un bolígrafo para firmar.)	Números de teléfonos diurno en los que nos podamos comunicar con usted (incluya el código de área)

Dirección de pago para depósito directo (*Institución financiera*)

Número de ruta bancaria	Número de cuenta	<input type="checkbox"/> Cuenta de cheques	<input type="checkbox"/> Inscrito en Direct Express
		<input type="checkbox"/> Cuenta de ahorros	<input type="checkbox"/> Rechaza inscribirse en depósito directo

Dirección postal del solicitante (*Número de la casa o edificio, nombre de la calle, número de apartamento, Apdo. postal, o ruta rural*) (*Escriba la dirección de su residencia física en «Comentarios», si es diferente a su dirección postal.*)

Ciudad y estado	Zona postal	Condado (si procede) donde reside
-----------------	-------------	-----------------------------------

Se requieren dos 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 de la «Firma».

1. Firma del testigo	2. Firma del testigo
Dirección (<i>Número de la casa o edificio, nombre de la calle y zona postal</i>)	Dirección (<i>Número de la casa o edificio, nombre de la calle y zona postal</i>)

Declaración de la Ley de Confidencialidad Recopilación y uso de la información personal

Las secciones 202, 205 y 223, 1818, 1836 y 1840 de la Ley del Seguro Social, según enmendada, autorizan a la Administración del Seguro Social a obtener la información solicitada en este formulario. El proporcionar esta información en este formulario lo hace de manera voluntaria. Sin embargo, si no proporciona toda la información que se solicita o solo proporciona parte de la información, posiblemente impida el tomar una decisión exacta y oportuna correspondiente a cualquier solicitud que presente o puede causar que pierda beneficios.

Usaremos la información que proporcione para determinar si tiene derecho a la cobertura de seguro o a beneficios mensuales y para autorizar el pago de los beneficios a los hijos de los trabajadores jubilados, incapacitados o que han fallecido. Es posible que compartamos la información por los siguientes motivos, los usos rutinarios:

1. Con otras agencias federales, estatales o municipales (o sus agentes que actúan a nombre de dichas agencias) por motivo de administración de ingresos de mantenimiento o de mantenimiento gratuito o por motivo de programas de salud (incluso programas estipulados en la Ley del Seguro Social).
2. Con empresas bajo contrato con el Seguro Social y otras agencias federales, según sea necesario, con el propósito de ayudar a la Administración del Seguro Social en la administración eficaz de los programas de Seguro Social. También tomamos en consideración si tenemos que divulgar información bajo usos rutinarios, solo en aquellas situaciones en que la Administración del Seguro Social posiblemente firme un contrato o acuerdo similar con un tercer partido para que este ayude al Seguro Social a cumplir con sus funciones como agencia relacionadas con este sistema de registros.
3. Con el Centro de Servicios de Medicare y Medicaid, con el propósito de la administración de la Parte A, la Parte B, el Medicare Advantage Parte C y la Parte D de Medicare.

También es posible que compartamos la información que nos proporciona en cumplimiento con la Ley de Confidencialidad y otras leyes federales. Por ejemplo, es posible que usemos y divulguemos esta información durante el uso de programas de cotejo computarizados, con los cuales se comparan nuestros registros con otros registros para establecer o verificar el derecho de una persona a participar en los programas de beneficios financiados o administrados por el gobierno federal y para el reembolso de pagos o deudas delincuentes bajo estos programas.

Puede encontrar la lista de las razones de lo que llamamos usos rutinarios, está disponible en nuestro sistema de registro conocido como «Privacy Act System of Records (SORN)» (Sistema de registros de la Ley de Confidencialidad o SORN, por sus siglas en inglés), 60-0089 titulado, «Claims Folder System» y el sistema número 60-0321 titulado, «Medicare Database (MDB)» (Registro de base de datos de Medicare o MDB, por sus siglas en inglés). Información adicional y una lista completa de nuestros SORNs están disponibles por internet en www.socialsecurity.gov/foia/blubook (todos estos sistemas e información solo está disponible en inglés).

Declaración sobre la Ley para la 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 de 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 se tardará alrededor de 12 minutos para leer las instrucciones, reunir los datos y contestar las preguntas. **Envíe solo comentarios sobre nuestra cálculo del tiempo a:** SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD 21235-6401.

RECIBO DE SU SOLICITUD PARA BENEFICIOS DE SEGURO SOCIAL PARA NIÑOS

Números telefónicos para llamar si tiene preguntas o algo que informar	Antes de recibir un aviso de aprobación de beneficios	Oficina del Seguro Social	Fecha en que se recibió su reclamación
	Después de recibir un aviso de aprobación de beneficios		

Su solicitud para beneficios de Seguro Social a favor de los niños nombrados a continuación ha sido recibida. Se le avisará a vuelta de correo tan pronto se haya tomado una decisión sobre su solicitud.

Nos comunicaremos con usted dentro de _____ días después que usted nos haya presentado toda la información que solicitamos. Algunas reclamaciones pueden tomar más tiempo, si se necesita información adicional.

Mientras tanto, si usted o uno de los niños cambia de dirección o si hay algún otro cambio que podría afectar su reclamación, usted, o alguien que lo represente, debe informar el cambio. Los cambios que deben ser informados están enumerados a continuación.

Siempre indique su número de reclamación cuando nos escriba o llame acerca de su solicitud.

Si tiene preguntas sobre su reclamación, con mucho gusto le ayudaremos.

Reclamante	Número de reclamación de Seguro Social

Nombre del TRABAJADOR (Si el apellido es diferente al de los reclamantes).

Cambios que tienen que ser informados y cómo informarlos

NEGLIGENCIA EN INFORMAR PODRÍA RESULTAR EN SOBREPAGOS QUE DEBEN SER REEMBOLSADOS Y EN MULTAS MONETARIAS.

- Usted o algún niño cambia su dirección residencial o postal. (Para evitar demoras en el recibo de cheques TAMBIÉN debería presentar una notificación de cambio de dirección a su oficina de correos.)
 - El estado inmigratorio o la ciudadanía de alguno de los niños cambia.
 - Si un beneficiario viaja fuera de los Estados Unidos de América por más de 30 días consecutivos.
 - Si un beneficiario fallece o ya no es capaz de administrar sus propios beneficios.
 - Cambios de trabajo - En su solicitud usted nos dijo que _____ esperaba que el total de ganancias (nombre del niño) para el _____ serían \$ _____. _____ (está) (no está) ganando (nombre del niño) más de \$ _____ al mes. _____ (está) (no está) trabajando por (nombre del niño) cuenta propia ni desempeñando servicios sustanciales en un oficio o negocio.
- (Informe de INMEDIATO si cambia este patrón de trabajo.)
- Cambio de custodia --Informe si algún niño a nombre de quien está solicitando o quien está bajo su cuidado, fallece o deja de estar bajo su cuidado o custodia o cambia de dirección.
 - Si un niño mayor de 13 años de edad tiene una orden de detención pendiente por más de 30 días por un crimen o un atento de crimen catalogado como una felonía por intento a irse a la fuga para evadir ser procesado o encarcelado, se fuga mientras está bajo custodia y se va a la fuga.
- Un estudiante, de mayor de 18 años de edad, deja de ir a la escuela, reduce los días u horas que asiste a la escuela a menos de tiempo completo, se muda de escuelas o un empleador le paga para que asista a la escuela.
 - Si el trabajador y el padre o madre del hijastro se divorcian. Los beneficios no se pueden pagar a un hijastro empezando con el mes después del mes que el trabajador y el padre o madre del niño adoptivo se divorcian. Devuelva inmediatamente cualquier pago de beneficios recibidos para el hijastro por los meses después del mes en que el divorcio se finalizó.
 - El niño está confinado a una cárcel, prisión, institución penal o correccional por más de 30 días consecutivos por una condena de un crimen o confinado a una institución pública por orden de la corte in conexión con un crimen.
 - Cambio en estado civil --matrimonio, divorcio, o anulación del matrimonio. Debe informar el matrimonio aún si cree que una excepción es aplicable.
 - Solicitantes por incapacidad -- Además de los requisitos para informar enumerados anteriormente debe informar:
 1. Si el niño adulto incapacitado regresa a trabajar (como empleado o por cuenta propia) sin importar la cantidad de las ganancias.
 2. El padecimiento del niño adulto incapacitado mejora.

Una agencia en su estado que trabaja con nosotros administrando el programa de los beneficios de Seguro Social por incapacidad es responsable de tomar la decisión de si el niño está incapacitado o no, basado en la reclamación del niño. En algunos casos, es necesario que la agencia estatal consiga información adicional sobre el padecimiento del niño o que necesite programar una cita para el niño para que se haga un examen médico pagado por el gobierno.

Cómo presentar su informe

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 la sección «Lo que puede hacer por Internet» en nuestro sitio de Internet, www.segurosocial.gov;
- Llamándonos GRATIS al 1-800-772-1213;
- Si es sordo o tiene problemas de audición, llamándonos GRATIS a nuestro número TTY 1-800-325-0778; o
- Llamando, escribiendo o visitando en persona a su oficina local del Seguro Social al teléfono y dirección que anteriormente mencionamos.

Para información general sobre los programas que administra el Seguro Social, visite nuestro sitio de Internet, www.segurosocial.gov.

Para las personas que todavía no han cumplido su plena edad de jubilación, la ley requiere que se presente un informe de ganancias al Seguro Social dentro de los 3 meses y 15 días después del fin de cualquier año tributable en que el niño gane sobre el límite anual de ganancias. Puede comunicarse con el Seguro Social para presentar un informe por el niño. De lo contrario, el Seguro Social usará las ganancias informadas por los empleadores del niño y las declaraciones de impuestos de trabajo por cuenta propia del niño (si procede) como informe de ganancias requerido por ley y ajustará los beneficios según el límite de ganancias estipulado por la ley. Es su responsabilidad asegurarse que la información que presente referente a las ganancias del niño sea correcta.