

**Autorización para que la Administración de Seguro Social  
Divulgue la verificación de un número de Seguro Social (SSN)**

|                           |                      |                          |
|---------------------------|----------------------|--------------------------|
| Nombre en letra de molde: | Fecha de nacimiento: | Número de Seguro Social: |
|---------------------------|----------------------|--------------------------|

Quiero que esta información sea divulgada porque estoy llevando a cabo la siguiente transacción:

Razones para solicitar el CBSV: (Favor de seleccionar todo lo que aplique a esta divulgación)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Empresa hipotecaria                      | <input type="checkbox"/> Servicios bancarios                  |
| <input type="checkbox"/> Investigación de antecedentes criminales | <input type="checkbox"/> Requisitos para obtener una licencia |
| <input type="checkbox"/> Investigación crediticia                 | <input type="checkbox"/> Otra razón                           |

Con la siguiente empresa («la empresa»)

Nombre de la empresa:

Dirección de la empresa:

Autorizo a la Administración del Seguro Social a que verifique mi nombre y número de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés) a la empresa o al agente de la empresa, si es adecuado, para el propósito que he identificado.

El nombre y la dirección del agente de la empresa son:

Yo soy la persona a quien el número de Seguro Social fue emitido o el representante legal de un menor o el representante legal de una persona quien ha sido declarado un adulto incompetente. Yo declaro y afirmo bajo pena de perjurio que la información contenida aquí es verdadera y correcta. Yo reconozco que, si hago alguna representación que yo sé que es falsa, para obtener información de los registros del Seguro Social, puedo ser declarado culpable de un delito menor y penalizado con una multa de hasta \$5,000.

**Este consentimiento es válido por solo 90 días a partir de la fecha en que es firmado, a menos que se indique lo contrario por la persona nombrada en el encabezamiento. Si quiere cambiar este límite de tiempo, llene los siguientes blancos:**

**Este consentimiento es válido por \_\_\_\_\_ días a partir de la fecha en que es firmado. \_\_\_\_\_ (sus iniciales).**

|        |                     |
|--------|---------------------|
| Firma: | Fecha en que firmo: |
|--------|---------------------|

Parentesco (si no es la persona a la cual le pertenece el número de SSN):

**Información de contacto de la persona que firma esta autorización:**

**Dirección:**

**Ciudad/estado/zona postal:**

**Numero de teléfono:**

**Declaración de la Ley de Privacidad  
Uso y recopilación de información personal**

Las secciones 205(a) y 1106 de la Ley del Seguro Social, según emendada, nos autorizan a recopilar la información que se solicita en este formulario. No está obligado a proporcionar la información que se solicita. No obstante, si no nos proporciona parte o toda la información solicitada, podría impedir que divulguemos esta información a la empresa o al agente de la empresa nombrado en este formulario.

Usaremos la información que nos proporcionara para verificar su nombre y número de Seguro Social (SSN). Además, es posible que compartamos esta información en cumplimiento de la Ley de Privacidad y otras leyes federales. Por ejemplo, si las leyes nos autorizan, es posible que esta información se use en programas de comparación de datos de computadoras, en los cuales nuestros registros son comparados con otros registros para establecer o verificar el derecho de una persona a los programas de beneficios federales y para el pago de deudas incorrectas o morosas bajo estos programas.

Puede encontrar una lista de usos rutinarios en nuestro aviso de sistema de computadoras titulado «Privacy Act System of Records Notice» (SORN, por sus siglas en inglés) 60-0058, titulado «Master Files of SSN Holders and SSN Applications». Información adicional y una lista completa de todos nuestros SORN están disponibles en nuestro sitio de internet en [www.segurosocial.gov/foia/bluebook](http://www.segurosocial.gov/foia/bluebook) (estos sistemas de computadoras y toda la demás información solo están disponibles en inglés).

**Declaración de la Ley de Reducción de Documentos de Trabajo** - La recopilación de esta información cumple con los requisitos de 44 U.S.C. § 3507, según enmendada por la sección 2 de la Ley de Reducción de Documentos de Trabajo del 1995. No tiene que contestar estas preguntas a menos que le mostremos un número de control de la Oficina de Administración y Presupuesto. Calculamos que le tomará alrededor de 3 minutos en llenar este formulario. Puede enviar comentarios sobre nuestro cálculo de tiempo a: SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD 21235-6401. ***Envíe solo los comentarios sobre nuestro cálculo de tiempo a esta dirección, pero no envíe el formulario.***

-----CORTE AQUÍ-----

**AVISO PARA EL DUEÑO DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL**

La empresa o su agente han firmado un acuerdo con la Administración del Seguro Social, que, entre otras cosas, incluye restricciones en la divulgación y uso adicional de la verificación de su número de Seguro Social. Para ver una copia del acuerdo completo visite [www.ssa.gov/cbsv/docs/SampleUserAgreement.pdf](http://www.ssa.gov/cbsv/docs/SampleUserAgreement.pdf) (solo disponible en inglés).