

## SOLICITUD PARA BENEFICIOS DE SEGURO POR JUBLIACIÓN (Application for Retirement Insurance Benefits)

(No escriba en este espacio)

Yo solicito todos los beneficios de seguro a los cuales tengo derecho bajo el Título II (Seguro Federal de Jubilación, Sobrevivientes e Incapacidad) y la Parte A del Título XVIII (Seguro de Salud para las Personas de la Tercera Edad y con una Incapacidad) de la Ley del Seguro Social, actualmente enmendada.

Suplemento. Si ya llenó una solicitud titulada «SOLICITUD PARA BENEFICIOS DE SEGURO COMO CÓNYUGE», solo debe contestar las preguntas con un círculo alrededor. Todos los otros reclamantes deben llenar el formulario entero.

<b>1.</b>	(a) Escriba su nombre en LETRA DE MOLDE	NOMBRE, INICIAL, APELLIDO
	(b) Indique con una (X) si es	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
<b>2.</b>	Escriba su número de Seguro Social	

**Conteste la pregunta número 3 si el inglés no es su idioma de preferencia.  
 De lo contrario, continúe a la pregunta número 4.**

3.	Escriba el idioma que prefiere:	Al hablar _____	Al escribir _____
4.	(a) Escriba su fecha de nacimiento	Mes, Día, Año	
	(b) Escriba el nombre de la ciudad y estado, o país extranjero donde nació.		
5.	(a) ¿Es ciudadano de los EE.UU.?	<input type="checkbox"/> Sí (Continúe a la pregunta 7.)	<input type="checkbox"/> No (Continúe a la pregunta (b).)
	(b) ¿Es un extranjero legalmente presente en los EE.UU.?	<input type="checkbox"/> Sí (Continúe a la pregunta (c).)	<input type="checkbox"/> No (Continúe a la pregunta 6.)
	(c) ¿Cuál es su fecha de admisión a los EE.UU.?		
6.	Escriba su nombre completo de nacimiento si es diferente a la pregunta 1(a)	NOMBRE, INICIAL, APELLIDO	
7.	(a) ¿Ha usado otros nombres?	<input type="checkbox"/> Sí (Continúe a la pregunta (b).)	<input type="checkbox"/> No (Continúe a la pregunta 8.)
	(b) Otros nombres que ha usado		
8.	(a) ¿Ha usado otros números de Seguro Social?	<input type="checkbox"/> Sí (Continúe a la pregunta (b).)	<input type="checkbox"/> No (Continúe a la pregunta 9.)
	(b) Escriba los otros números de Seguro Social que ha usado.		

**No conteste la pregunta 9 si ha pasado un año después de haber cumplido su plena edad de jubilación;  
continúe a la pregunta 10.**

9.	(a) En los últimos 14 meses, ¿No puede, o no ha podido trabajar debido a enfermedades, lesiones o padecimientos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	(b) Si la respuesta es «Sí», escriba la fecha cuando ya no fue capaz de trabajar.	MES, DÍA, AÑO	
10.	¿Ha trabajado usted o su cónyuge (o su excónyuge) en la industria ferroviaria por más de 5 años?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
11.	(a) ¿Tiene usted (o su cónyuge) créditos de Seguro Social (por ejemplo en base a su trabajo o residencia) bajo el sistema de Seguro Social de otro país?	<input type="checkbox"/> Sí <i>(Continúe a las preguntas (b) y (c))</i>	<input type="checkbox"/> No <i>(Continúe a la pregunta 12)</i>
	(b) Indique el país o países:		
	(c) ¿Está solicitando usted (o su cónyuge) los beneficios de seguridad social de otro país?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

**Conteste la pregunta 12 sólo si nació después del 2 de enero de 1924.  
De lo contrario continúe a la pregunta 13.**

12.	(a) ¿Tiene usted, o espera tener derecho, a una pensión o anualidad (o un pago global en lugar de una pensión o anualidad) basada en un empleo después de 1956 por la que no pagó impuestos de Seguro Social?	<input type="checkbox"/> Sí <i>(Continúe a las preguntas (b) y (c).)</i>	<input type="checkbox"/> No <i>(Continúe a la pregunta 13.)</i>
	(b) Comencé a recibir los beneficios o espero comenzar a recibir los beneficios a partir de	MES	AÑO
	(c) Adquirí el derecho o espero adquirir el derecho a partir de	MES	AÑO

**Acepto notificar de inmediato a la Administración del Seguro Social si tengo derecho a una pensión, anualidad o pago global basado en mi empleo no cubierto por el Seguro Social, o si tal pensión o anualidad termina.**

13.	¿Ha estado casado?	<input type="checkbox"/> Sí <i>(Continúe a la pregunta 14.)</i>	<input type="checkbox"/> No <i>(Continúe a la pregunta 15.)</i>
-----	--------------------	--	--

14. (a) Provea la siguiente información sobre su matrimonio actual. Si no está casado actualmente, escriba «Ninguno» y continúe a la pregunta 14(b).		
Nombre del cónyuge (incluya el apellido de soltera)	Cuándo (Mes, día, año)	Dónde (Ciudad y estado)
Cómo terminó el matrimonio (Si no ha terminado, escriba «No ha terminado»)	Cuándo (Mes, día, año)	Dónde (Ciudad y estado)
El matrimonio fue oficiado por: <input type="checkbox"/> Clérigo u oficial público <input type="checkbox"/> Otro (Explique en «Comentarios»)	Fecha de nacimiento del cónyuge (o edad)	Si el cónyuge falleció, indique la fecha de fallecimiento
Número de Seguro Social del cónyuge (si ninguno o lo desconoce, indíquelo)		
(b) Provea la siguiente información sobre cada uno de sus matrimonios anteriores si usted:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tuvo un matrimonio que duró por lo menos 10 años; o</li> <li>• Tuvo un matrimonio que terminó debido al fallecimiento de su cónyuge, independientemente de cuánto tiempo duró; o</li> <li>• Se divorció y se volvió a casar con la misma persona durante el año siguiente del año del divorcio y el período total combinado del matrimonio fue de más de 10 años.</li> </ul> <p>Use la sección de «Comentarios» para proveer más información acerca del matrimonio. Si no aplica, escriba «Ninguno» y continúe a la pregunta 14 (c) si tiene niños menores de 16 años de edad o con una incapacidad (niños de 16 años o más y la incapacidad comenzó antes de los 22 años); y se divorció del otro padre/madre del niño, quien actualmente está fallecido (a), y el matrimonio duró menos de 10 años.</p>		
Nombre del cónyuge (incluya el apellido de soltera)	Cuándo (Mes, día, año)	Dónde (Ciudad y estado)
Cómo terminó el matrimonio	Cuándo (Mes, día, año)	Dónde (Ciudad y estado)
El matrimonio fue oficiado por: <input type="checkbox"/> Clérigo u oficial público <input type="checkbox"/> Otro (Explique en «Comentarios»)	Fecha de nacimiento del cónyuge (o edad)	Si el cónyuge falleció, indique la fecha de fallecimiento
Número de Seguro Social del cónyuge (si ninguno o lo desconoce, indíquelo)		
(c) Provea la información sobre cualquier otro matrimonio si usted:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiene niños menores de 16 años o con una incapacidad (niños de 16 años o más y la incapacidad comenzó antes de los 22 años); y</li> <li>• Estuvo casado por menos de 10 años con el padre/madre del niño, quien actualmente está fallecido(a), y</li> <li>• El matrimonio terminó en divorcio; Si no aplica, escriba «Ninguno».</li> </ul>		
Nombre del cónyuge	Cuándo (Mes, día, año)	Dónde (Ciudad y estado)
Cómo terminó el matrimonio	Cuándo (Mes, día, año)	Dónde (Ciudad y estado)
El matrimonio fue oficiado por: <input type="checkbox"/> Clérigo u oficial público <input type="checkbox"/> Otro (Explique en «Comentarios»)	Fecha de nacimiento del cónyuge (o edad)	Si el cónyuge falleció, indique la fecha de fallecimiento
Número de Seguro Social del cónyuge (si ninguno o lo desconoce, indíquelo):		

**Use la sección de «Comentarios» en la página 6 para la continuación o explicación del matrimonio.**

**Si su reclamación de beneficios por jubilación es aprobada, es posible que sus niños (hijos adoptivos e hijastros) o nietos dependientes (incluso nietastros) tengan derecho a los beneficios basados en el registro de sus ganancias.**

15.	<p>Enumere a continuación el NOMBRE COMPLETO DE TODOS sus niños (incluso adoptivos e hijastros) o nietos dependientes (incluso nietastros) que están o han estado SOLTEROS en los últimos 6 meses y:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Son menores de 18 años;</li> <li>• Tienen entre los 18 y 19 años y están asistiendo a una escuela primaria o secundaria a tiempo completo</li> <li>• Tienen una incapacidad o impedimento (18 años o más y la incapacidad comenzó antes de los 22 años).</li> </ul> <p>Incluya también cualquier estudiante que tiene de 18 a 23 años si tal estudiante tiene las dos siguientes circunstancias: 1. Derecho previo a beneficios de Seguro Social bajo cualquier registro de Seguro Social para agosto de 1981; y 2. Asiste tiempo completo a una escuela postsecundaria.</p> <p align="center"><b>(SI NO HAY TALES NIÑOS, ESCRIBA «NINGUNO» Y CONTINÚE A LA PREGUNTA 16.)</b></p>				
16.	(a) ¿Tenía usted salarios o ingreso de trabajo por cuenta propia por los que pago impuestos de Seguro Social en todos los años desde 1978 hasta el año pasado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
(b) Indique los años desde 1978 hasta el año pasado en los que tuvo salarios o ingreso de trabajo por cuenta propia por los que no pago impuestos de Seguro Social.		<p align="center"><i>(Continúe a la pregunta 17.)</i>      <i>(Continúe a la pregunta (b).)</i></p>			
17.	<p>Indique a continuación los nombres y direcciones de todas las personas, empresas o agencias gubernamentales para las cuales usted ha trabajado este año, el año pasado y el año antepasado.</p> <p><b>SI NINGUNA, ESCRIBA «NINGUNA» A CONTINUACIÓN Y CONTINÚE A LA PREGUNTA 18.</b></p>				
<p align="center">NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR (Si ha tenido más de un empleador, por favor enumérelos en orden comenzando con el último [más reciente] empleador.)</p>		El trabajo comenzó		El trabajo terminó (Si todavía trabaja, indique «No ha terminado»)	
		Mes	Año	Mes	Año
(Si necesita más espacio, use la sección de «Comentarios».)					
18.	<p>TIENE QUE CONTESTAR ESTA PREGUNTA AUNQUE SEA UN EMPLEADO.</p>		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
(a) ¿Trabajó usted por cuenta propia este año o el año pasado?				<p align="center"><i>(Continúe a la pregunta (b).)</i>      <i>(Continúe a la pregunta 19.)</i></p>	
(b) Marque los años en los cuales trabajó por cuenta propia.	¿En qué tipo de comercio o negocio trabajó por cuenta propia? (Por ejemplo, comerciante, agricultor, médico, etc.)	¿Fueron las ganancias netas de su comercio o negocio \$400 o más? (Marque «Sí» o «No»)			
<input type="checkbox"/> Este año		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> El año pasado		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
19.	(a) ¿Cuánto fue el total de sus ganancias el año pasado?		Cantidad \$ _____		
(b) Escriba una «X» en cada casilla por CADA MES del año pasado en que <u>no ganó</u> más de *\$_____ en salarios, y <u>no desempeñó</u> servicios sustanciales en trabajo por cuenta propia. Estos son meses exentos. Si ninguno de los meses fue exento, escriba una «X» en «NINGUNO». Si todos los meses fueron exentos, escriba una «X» en «TODOS».		NINGUNO		TODOS	
		ene.	feb.	mar.	abr.
		mayo	jun.	jul.	ago.
		sept.	oct.	nov.	dic.
*Escriba el límite mensual apropiado después de leer las instrucciones, «Cómo sus ganancias afectan sus beneficios».					

20.	(a) ¿Cuánto espera que sea el total de sus ganancias este año?	Cantidad \$ _____			
	(b) Escriba una «X» en cada casilla por CADA MES de este año en que <u>no ganó o no ganará</u> más de *\$_____ en salarios y <u>no desempeñó o no desempeñará</u> servicios sustanciales en trabajo por cuenta propia. Estos son meses exentos. Si ninguno de los meses es o será exento, escriba una «X» en «NINGUNO». Si todos los meses son o serán exentos, escriba una «X» en «TODOS».	NINGUNO	TODOS		
		ene.	feb.	mar.	abr.
		mayo	jun.	jul.	ago.
		sept.	oct.	nov.	dic.
*Escriba el límite mensual apropiado después de leer las instrucciones, «Cómo sus ganancias afectan sus beneficios».					

**Conteste esta pregunta SOLO si está en los últimos 4 meses de su año tributable (sep., oct., nov. y dic.), si su año tributable está basado en el año calendario.**

21.	(a) ¿Cuánto espera ganar el próximo año?	Cantidad \$ _____			
	(b) Escriba una «X» en cada casilla por CADA MES del próximo año en que <u>no espera ganar</u> más de *\$_____ en salarios, y <u>no espera desempeñar</u> servicios sustanciales en trabajo por cuenta propia. Estos serán meses exentos. Si cree que ninguno de los meses será exento, escriba una «X» en «NINGUNO». Si cree que todos los meses serán exentos, escriba una «X» en «TODOS».	NINGUNO	TODOS		
		ene.	feb.	mar.	abr.
		mayo	jun.	jul.	ago.
		sept.	oct.	nov.	dic.
*Escriba el límite mensual apropiado después de leer las instrucciones, «Cómo sus ganancias afectan sus beneficios».					
22.	Si usa un año fiscal, es decir, un año tributable que no termina el 31 de diciembre (con una declaración de impuestos que vence el 15 de abril), indique aquí el mes en que termina su año fiscal.	_____ (Mes)			

**NO CONTESTE LA PREGUNTA 23 SI YA CUMPLIÓ SU PLENA EDAD DE JUBILACIÓN Y 6 MESES O MÁS. ES POSIBLE QUE TENGA OTRAS OPCIONES PARA SOLICITAR LOS BENEFICIOS; UN REPRESENTANTE DEL SEGURO SOCIAL SE COMUNICARÁ CON USTED PARA HABLAR SOBRE INFORMACIÓN ADICIONAL QUE PUEDA AYUDARLE A DECIDIR EN QUÉ FECHA COMENZAR A RECIBIR LOS BENEFICIOS. CONTINÚE A LA PREGUNTA 24.**

**POR FAVOR, LEER DETENIDAMENTE LA INFORMACIÓN AL FINAL DE LA PÁGINA 9 Y CONTESTE UNA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:**

23.	(a) <input type="checkbox"/> Quiero comenzar a recibir los beneficios el primer mes posible y aceptaré una reducción debido a mi edad.
	(b) <input type="checkbox"/> Ya cumplí mi plena edad de jubilación (o la cumpliré dentro de 12 meses) y quiero comenzar a recibir los beneficios el primer mes posible, siempre y cuando no haya reducción permanente en mis beneficios mensuales.
	(c) <input type="checkbox"/> Quiero comenzar a recibir los beneficios comenzando el (fecha) _____.

### INFORMACIÓN SOBRE MEDICARE

Si se aprueba esta reclamación y todavía tiene derecho a beneficios a los 65 años o le faltan 3 meses o menos para cumplir los 65 años o es mayor de 65, podría recibir la cobertura de la Parte A de Medicare (seguro de hospital) y la Parte B de Medicare (seguro médico) automáticamente a los 65 años. Si vive en Puerto Rico o en un país extranjero, no tiene derecho a la inscripción automática en la Parte B de Medicare, y necesitará comunicarse con el Seguro Social para solicitar la inscripción.

### CONTESTE LA PREGUNTA 24 SOLO SI LE FALTAN 3 MESES O MENOS PARA CUMPLIR LOS 65 AÑOS O ES MAYOR DE 65

La Parte B de Medicare (seguro médico) ayuda a cubrir los servicios de los médicos y el cuidado ambulatorio. También cubre otros servicios que la Parte A de Medicare no cubre, tales como los servicios de terapia física y ocupacional y algunos servicios de cuidado de salud en el hogar. Si se inscribe en la Parte B de Medicare, tendrá que pagar una prima mensual. La cantidad de su prima mensual se determinará cuando comience su cobertura. En algunos casos, su prima mensual puede ser más alta de acuerdo a la información sobre su ingreso que recibimos del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés). Sus primas mensuales serán descontadas de la cantidad de cualquier beneficio mensual que reciba, ya sea de Seguro Social, de jubilación ferroviaria o de la Oficina de Administración de Personal. Si no recibe ninguno de estos beneficios, entonces recibirá una carta explicándole cómo pagar sus primas mensuales. También recibirá una carta si hay algún cambio en la cantidad de su prima mensual.

Si no solicita la Parte B cuando tenga derecho por primera vez, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía mientras tenga la Parte B. Su prima mensual de la Parte B puede aumentar un 10% por cada período de 12 meses completos en el que pudo haber tenido la Parte B, pero no se inscribió. Además, es posible que deba esperar hasta el Período de inscripción general (del 1 de enero al 31 de marzo) para inscribirse en la Parte B, y la cobertura comenzará el 1 de julio de ese año.

También puede inscribirse en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare (Parte D). Para informarse mejor acerca de los planes de medicamentos recetados de Medicare y cuándo puede inscribirse, visite [www.es.medicare.gov](http://www.es.medicare.gov) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY 1-877-486-2048). Medicare también puede informarle acerca de las agencias en su área que pueden ayudarle a elegir su cobertura de medicamentos recetados. La cantidad de su prima varía según el proveedor del plan de medicamentos recetados. La cantidad que paga por la cobertura de la Parte D puede ser más alta que la prima del plan en la lista, basado en la información sobre sus ingresos que recibimos del Servicio de Impuestos Internos.

Si tiene ingresos y recursos limitados, lo animamos a que solicite el Beneficio Adicional que está disponible para ayudarle con el costo de los medicamentos recetados de Medicare. El Beneficio Adicional puede pagar las primas mensuales, deducibles anuales y copagos de los medicamentos. Para informarse mejor o para solicitarlo, por favor visite [www.segurososocial.gov](http://www.segurososocial.gov), llame al 1-800-772-1213 y oprima 7 para español, (TTY 1-800-325-0778) o visite la oficina de Seguro Social más cercana.



**Declaro bajo pena de perjurio que he examinado toda la información en este formulario, y en las declaraciones o formularios adjuntos, y que son ciertas y correctas según mi mejor entendimiento. Entiendo que cualquier persona que a sabiendas haga una declaración falsa sobre un hecho material en esta información, o que cause que otra persona lo haga, comete un delito y puede estar sujeto a una multa o encarcelamiento.**

## Firma del Solicitante

FIRMA (Nombre, Inicial, Apellido) (Firme con tinta.)

Fecha (Mes, día, año)

Números de teléfonos en los que nos podamos comunicar con usted durante el día

### Información de pago de depósito directo (Institución financiera)

Número de ruta bancaria

Número de cuenta

Cuenta de Cheques

Inscribirse en «Direct Express»

Cuenta de Ahorros

Depósito directo rechazado

Dirección postal del solicitante (número y calle, número de apartamento, apdo. postal, o ruta rural) (Escriba la dirección residencial en «Comentarios» si es diferente.)

Ciudad y estado

Código postal

Condado donde reside (si aplica)

Se requieren testigos SOLO si esta solicitud ha sido firmada con una «X» arriba. Si fue firmada con una «X», dos testigos que conozcan al solicitante deben firmar a continuación, dando sus direcciones completas. También, escriba el nombre del solicitante en letra de molde en la casilla de la Firma.

1. Firma del Testigo

2. Firma del Testigo

Dirección (número y calle, ciudad, estado, y código postal)

Dirección (número y calle, ciudad, estado, y código postal)

**RECIBO DE SU RECLAMACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO DE SEGURO SOCIAL POR JUBILACIÓN**

NÚMEROS TELEFÓNICOS PARA LLAMAR SI TIENE PREGUNTAS O ALGO QUE INFORMAR	ANTES DE RECIBIR UN AVISO DE APROBACIÓN	OFICINA DE 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.		hay algún otro cambio que pueda afectar su reclamación, usted - o alguien a nombre suyo - debe informar el cambio. Los cambios que tienen que ser informados están indicados en la página 8.	
Nos comunicaremos con usted dentro de _____ días después que nos haya provisto toda la información que solicitamos. Algunas reclamaciones toman más tiempo si se necesita información adicional.		Siempre debe hacernos saber su número de reclamación cuando escriba o llame sobre su reclamación.	
Mientras tanto, si tiene un cambio de dirección, o si		Con mucho gusto le ayudaremos si tiene preguntas sobre su reclamación.	
RECLAMANTE		NÚMERO DE RECLAMACIÓN DE SEGURO SOCIAL	

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

Las secciones 202, 205, 223(a), y 226 de la Ley del Seguro Social, según enmendada, nos autoriza a recopilar esta información. Proveernos esta información es voluntario. Sin embargo, no proveer toda o parte de la información puede impedir una decisión precisa y oportuna sobre su solicitud para beneficios.

Usaremos la información que provea para establecer o determinar si tiene derecho a los beneficios. También podemos compartir la información para los siguientes propósitos, llamados usos de rutina:

1. A contratistas y otras agencias federales, según sea necesario, con el propósito de ayudar a la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) con el manejo eficiente de nuestros programas.
2. A estudiantes voluntarios, personas que trabajan bajo un contrato de servicios personales y otros trabajadores que técnicamente no tienen el estatus de empleados federales, cuando estén realizando trabajo para el Seguro Social, según lo autoriza la ley, y necesitan acceso a información de identificación personal en los registros de Seguro Social para realizar sus funciones de agencia asignadas.

Además, podemos compartir esta información de acuerdo con la Ley de Confidencialidad y otras leyes Federales. Por ejemplo, donde esté autorizado, podemos usar y divulgar esta información en programas de cotejo, en los que nuestros registros se comparan con otros registros para establecer o verificar el derecho de una persona para los programas de beneficios federales y para el reembolso de deudas incorrectas o delincuentes bajo estos programas

Una lista de usos de rutina adicionales está disponible en nuestro Sistema conocido como «Privacy Act Systems of Records Notices» (SORN) 60-0059, titulado, «Earnings Recording and Self-Employment Income System» según publicado en el «Federal Register (FR)» el 11 de enero del 2006 en el 71 FR 1819 y 60-0089 titulado «Claims Folder System» según publicado en el FR el 31 de octubre del 2019, en el 84 FR 58422. Información adicional y una lista completa de todos nuestros SORNs están disponibles en nuestro sitio de internet en [www.ssa.gov/privacy](http://www.ssa.gov/privacy) (solo disponible en inglés).

**Declaración de la Ley de Reducción de Trámites** - 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 Trámites de 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 le tomará aproximadamente 11 minutos leer las instrucciones, reunir los datos y contestar las preguntas. **ENVÍE O LLEVE EL FORMULARIO LLENO A SU OFICINA LOCAL DEL SEGURO SOCIAL. Puede encontrar su oficina local en el sitio de internet del Seguro Social en [www.segurosocial.gov](http://www.segurosocial.gov). Las oficinas también aparecen en la guía telefónica bajo agencias gubernamentales de EE. UU. o puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213 y oprima 7 para español (TTY 1-800-325-0778). Puede enviar sus comentarios sobre nuestro cálculo de tiempo a: SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD. 21235-6401. Envíe sólo comentarios sobre nuestro cálculo de tiempo a esta dirección, no el formulario lleno.**

## CAMBIOS QUE DEBEN SER INFORMADOS Y CÓMO INFORMARLOS

Negligencia en informar puede resultar en sobrepagos que deben ser reembolsados y posiblemente incurrirá multas

- Si cambia su dirección postal para cheques o de residencia. *(Para evitar demoras en el recibo de cheques TAMBIÉN debe presentar un cambio de dirección a su oficina postal.)*
- Si su ciudadanía o estado inmigratorio cambia.
- Si viaja fuera de los EE. UU. por 30 días consecutivos o más.
- Si algún beneficiario fallece o ya no es capaz de administrar sus propios beneficios.
- Cambios de trabajo - en su solicitud usted indicó que espera ganancias totales para el \_\_\_\_\_ por la cantidad de \$ \_\_\_\_\_ . (año)

Usted  (está)  (no está) ganando salarios de más de \$ \_\_\_\_\_ al mes.

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

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

- Si está confinado por más de 30 días consecutivos a una cárcel, prisión, o institución penal o correccional por la condena de un delito, o está confinado por más de 30 días consecutivos a una institución pública por una orden judicial en conexión con un delito.
- Si tiene una orden de detención para su arresto pendiente por más de 30 días consecutivos por un crimen o por intentar un crimen que es un delito grave de fuga para evadir el ser procesado o confinando, o se fuga mientras estaba bajo custodia o fuga escapatoria. En la mayoría de las jurisdicciones que no catalogan los crímenes como delitos graves, esta cláusula aplica a los crímenes que son punibles con la muerte o encarcelamiento por un periodo que excede un año (independiente de cuál sea la sentencia dictada).
- Si tiene una orden de detención pendiente por más de 30 días consecutivos por violar su libertad provisional o condicional bajo la ley federal o estatal.
- Si empieza a recibir una pensión, una anualidad o un pago global basado en su empleo por el que no pagó impuestos de Seguro Social o si cesa de recibir dicha pensión o anualidad.
- Si su hijastro tiene derecho a recibir los beneficios bajo el registro de ganancias suyo, y usted se divorcia del padre o de la madre del hijastro. Los beneficios del hijastro no son pagaderos a partir del mes después del mes en que el divorcio se finalice.

- Cambio de custodia -- Debe informarnos si la persona para quien usted está solicitando beneficios o quien está bajo su cuidado fallece, deja de estar bajo su cuidado o custodia o cambia de dirección postal.
- Cambio en el estado civil - Se casa, se divorcia o anula su matrimonio.
- Si se convierte en padre de un niño (incluso un niño adoptivo) después de haber presentado su reclamación, debe informarnos sobre el niño para que podamos decidir si el niño tiene derecho a recibir los beneficios. El fallar en informar la existencia de estos niños puede resultar en la pérdida de posibles beneficios para los niños.

### Qué debe hacer para informarnos

Puede hacer sus informes por internet, teléfono, correo o en persona, según lo prefiera.

Si recibe beneficios y uno o más de los cambios mencionados ocurren, debe informarlos así:

- Visite la sección titulada «my Social Security» en [www.segurosocial.gov](http://www.segurosocial.gov);
- Llame GRATIS al 1-800-772-1213 y oprima 7 para español;
- Si es sordo o tiene problemas de audición, llame GRATIS a nuestro número TTY 1-800-325-0778; o
- Llame, visite, o escríbale a su oficina local de Seguro Social al teléfono y dirección mostrados en el recibo de su solicitud.

Para información general sobre el Seguro Social, visite nuestro sitio de internet en [www.segurosocial.gov](http://www.segurosocial.gov). (Algunos de los servicios solo están disponibles en inglés.)

Para las personas que todavía no han cumplido su plena edad de jubilación, la ley requiere que se presente un informe de ganancias con el Seguro Social dentro de los 3 meses y 15 días después del fin del año tributable en que usted gane más de la cantidad anual exenta. Puede comunicarse con el Seguro Social para presentar un informe. De lo contrario, el Seguro Social usará las ganancias informadas por sus empleadores y su declaración de impuestos de trabajo por cuenta propia (si corresponde) como el informe de ganancias requerido por la ley para ajustar los beneficios según el límite de ganancias. Es su deber asegurarse que la información que nos proporcione referente a sus ganancias esté correcta. Debe proporcionar información adicional según sea necesaria cuando el ajuste de sus beneficios no sea correcto basado en las ganancias de su registro.

---

**POR FAVOR LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN CUIDADOSAMENTE  
ANTES DE CONTESTAR LA PREGUNTA 23**

---

- Si todavía no ha cumplido su plena edad de jubilación, los beneficios por jubilación no se le pueden pagar a usted por ningún mes antes del mes en el que usted presentó su reclamación.
  - Si ya cumplió su plena edad de jubilación, es posible que se le puedan pagar beneficios por jubilación por algunos meses antes del mes en el que usted presentó esta reclamación.
  - Si su primer mes de tener derecho a recibir los beneficios es antes de que cumpla su plena edad de jubilación, la cantidad de sus beneficios será reducida. Sin embargo, si no recibe su cantidad completa de beneficios por un mes o varios meses antes de cumplir su plena edad de jubilación porque los beneficios son retenidos debido a sus ganancias, la cantidad de sus beneficios aumentará cuando usted cumpla su plena edad de jubilación para darle crédito por esta retención. Así que la cantidad de sus beneficios al cumplir su plena edad de jubilación se reducirá solo si recibe uno o más pagos de beneficios completos antes del mes en que cumpla la plena edad de jubilación.
    - Es posible que se le agreguen créditos por jubilación aplazada, si usted solicita que se comiencen a pagar los beneficios cuando cumpla su plena edad de jubilación o después.
    - Por favor, visite nuestro sitio de internet [www.segurosocial.gov](http://www.segurosocial.gov) para usar nuestra calculadora titulada, Estimador de beneficios por jubilación para obtener un cálculo aproximado de cuánto serán sus beneficios en diferentes edades. Además, nuestro sitio de internet provee información sobre otras cosas que debe de tener en cuenta cuando tome su decisión acerca de cuando empezar a recibir sus beneficios.
-