

Exhibit B - Form SSA-89 and SSA-89 SP

Form SSA-89 (xx-xxxx) Discontinue Previous Editions Social Security Administration		OMB No.0960-0760
Authorization for the Social Security Administration (SSA) To Release Social Security Number (SSN) Verification		
Printed Name:	Date of Birth:	Social Security Number:
Reason for authorizing consent: (Please select one)		
<input type="checkbox"/> To apply for a mortgage	<input type="checkbox"/> To apply for a loan	<input type="checkbox"/> To meet a licensing requirement
<input type="checkbox"/> To open a bank account	<input type="checkbox"/> To open a retirement account	<input type="checkbox"/> Other
<input type="checkbox"/> To apply for a credit card	<input type="checkbox"/> To apply for a job	
With the following company ("the Company"):		
Company Name:		
Company Address:		
The name and address of the Company's Agent (if applicable):		
Agent's Name:		
Agent's Address:		
I authorize the Social Security Administration to verify my name and SSN to the Company and/or the Company's Agent, if applicable, for the purpose I identified. I am the individual to whom the Social Security number was issued or the parent or legal guardian of a minor, or the legal guardian of a legally incompetent adult. I declare and affirm under the penalty of perjury that the information contained herein is true and correct. I acknowledge that if I make any representation that I know is false to obtain information from Social Security records, I could be found guilty of a misdemeanor and fined up to \$5,000.		
This consent is valid only for one-time use. This consent is valid only for 90 days from the date signed, unless indicated otherwise by the individual named above. If you wish to change this timeframe, fill in the following:		
This consent is valid for _____ days from the date signed. _____ (Please initial.)		
Signature:	Date Signed:	
Relationship (if not the individual to whom the SSN was issued):		
Privacy Act Statement Collection and Use of Personal Information		
Sections 205(a) and 1106 of the Social Security Act, as amended, allow us to collect this information. Furnishing us this information is voluntary. However, failing to provide all or part of the information may prevent us from releasing information to a designated company or company's agent.		
We will use the information to verify your name and Social Security number (SSN). In addition, we may share this information in accordance with the Privacy Act and other Federal laws. For example, where authorized, we may use and disclose this information in computer matching programs, in which our records are compared with other records to establish or verify a person's eligibility for Federal benefit programs and for repayment of incorrect or delinquent debts under these programs.		
A list of routine uses is available in our Privacy Act System of Records Notice (SORN) 60-0058, entitled Master Files of SSN Holders and SSN Applications. Additional information and a full listing of all our SORNs are available on our website at www.socialsecurity.gov/foia/bluebook .		
Paperwork Reduction Act Statement - This information collection meets the requirements of 44 U.S.C. § 3507, as amended by section 2 of the Paperwork Reduction Act of 1995. You do not need to answer these questions unless we display a valid Office of Management and Budget control number. We estimate that it will take about 3 minutes to complete the form. You may send comments on our time estimate above to: SSA, 8401 Security Blvd., Baltimore, MD 21235-8401. Send to this address only comments relating to our time estimate, not the completed form.		
-----TEAR OFF-----		
NOTICE TO NUMBER HOLDER		
The Company and/or its Agent have entered into an agreement with SSA that, among other things, includes restrictions on the further use and disclosure of SSA's verification of your SSN. To view a copy of the entire model agreement, visit http://www.ssa.gov/cbsv/docs/SampleUserAgreement.pdf .		

Autorización para que la Administración del Seguro Social Divulgue la Verificación de un Número de Seguro Social (SSN)

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

Razón para autorizar la divulgación: (Favor de marcar una)

- Para solicitar una hipoteca Para solicitar un préstamo Para cumplir con requisitos de una licencia
 Para abrir una cuenta de banco Para abrir una cuenta de jubilación Otra razón (explique)
 Para solicitar una tarjeta de crédito Para solicitar un trabajo

Con la siguiente empresa ("la Empresa"):

Nombre de la empresa:

Dirección de la empresa:

Nombre y dirección del agente de la empresa (si aplica):

Nombre del agente:

Dirección del agente:

Autorizo a la Administración del Seguro Social a que verifique mi nombre y Número de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés) con la empresa o con el agente de la empresa, si aplica, para el propósito que he identificado. 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 declarada por la corte como 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 para un solo uso. 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 desea cambiar este límite de tiempo, favor de llenar la siguiente información:

Este consentimiento es válido por _____ días desde la fecha en que es firmado. _____ (Sus iniciales)

Firma: _____ Fecha en que firmó: _____

Parentesco (si no es la persona a quien le pertenece el SSN): _____

Declaración de la Ley de Confidencialidad de Uso y Recopilación de Información Personal

Las secciones 205(a) y 1106 de la Ley del Seguro Social, según enmendada, 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 proporciona 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 Systems 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.socialsecurity.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 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 Documentos de Trámites de 1995. No tiene que contestar estas preguntas a menos que le mostremos un número de control de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). 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 cuanto a la divulgación y uso adicional de la verificación del número de Seguro Social. Para ver una copia del acuerdo modelo completo, visite <https://www.ssa.gov/cbsv/docs/SampleUserAgreement.pdf>. (solo disponible en inglés).