

**SOLICITUD PARA BENEFICIOS DE SEGURO POR INCAPACIDAD  
 (Application for Disability Insurance Benefits)**

(No escriba en este espacio)

Yo solicito un período de incapacidad y/o todos los beneficios de seguro a los cuales tengo derecho bajo el Título II y la parte A del Título XVIII de la Ley del Seguro Social, actualmente enmendada.

1.	<b>Escriba su nombre en LETRA DE MOLDE</b>	NOMBRE, INICIAL, APELLIDO
2.	Escriba su número de Seguro Social	

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

3.	Escriba el idioma que prefiere: Al hablar: <span style="float: right;">Al escribir:</span>	
4.	(a) Escriba su fecha de nacimiento	
	(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 <input type="checkbox"/> No Conteste la pregunta 6      Conteste la pregunta (b)
	(b) ¿Es un extranjero legalmente presente en los EE. UU.?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Conteste la pregunta (c)      Conteste la pregunta 6
	(c) ¿Cuál es la fecha de su admisión legal a los EE. UU.?	
6.	(a) Escriba su nombre completo de nacimiento si es diferente a la pregunta número 1.	
	(b) ¿Ha usado otros nombres?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Conteste la pregunta (c)      Conteste la pregunta 7
	(c) Otros nombres que ha usado.	
7.	(a) ¿Ha usado otros números de Seguro Social?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Conteste la pregunta (b)      Conteste la pregunta 8
	(b) Escriba los otros números de Seguro Social que ha usado.	
8.	¿Cuándo usted cree que su condición(es) llegó a ser lo suficientemente grave para impedirle trabajar (aún si nunca ha trabajado)?	
9.	¿Ha trabajado usted, su cónyuge (o su cónyuge anterior) en la industria ferroviaria por 5 años o más?	
10.	(a) ¿Tiene usted créditos de Seguro Social (por ejemplo, en base de su trabajo o residencia) bajo el sistema de Seguro Social de otro país?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Conteste la pregunta (b)      Conteste la pregunta 11
	Escriba el nombre del país o países:	
11.	¿Tiene usted, o espera tener derecho, a una pensión o anualidad (o un pago global en lugar de una pensión o anualidad) basada en su trabajo después de 1956 que no esté cubierta por el Seguro Social?	
	(b) <input type="checkbox"/> Comencé a recibir los beneficios o espero comenzar a recibir los beneficios a partir de	MONTH      YEAR
	(c) <input type="checkbox"/> Adquirí el derecho o espero adquirir el derecho a partir de	MONTH      YEAR

ACEPTO NOTIFICAR DE INMEDIATO a la Administración del Seguro Social si tengo derecho a recibir una pensión, anualidad o pago basado en mi empleo no cubierto por el Seguro Social, o si tal pensión o anualidad termina.

12. (a) ¿Alguna vez se ha casado?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
		Conteste la pregunta (b)      Conteste la pregunta 13	
(b) Provea la siguiente información sobre su matrimonio actual. Si no está casado actualmente, escriba «Ninguno». _____ (Conteste la pregunta 12(c))			
Nombre de su cónyuge (incluya el apellido de soltera)		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)	Número de Seguro Social del cónyuge (Si ninguno o lo desconoce, indíquelo)
(c) Ingrese información sobre cualquier otro matrimonio si:			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tuvo un matrimonio que duró por lo menos 10 años; o</li> <li>• Tuvo un matrimonio que termino debido al fallecimiento de su cónyuge, independientemente de cuánto tiempo duro; o</li> <li>• Se divorció y se volvió a casar con la misma persona durante el año siguiente del divorcio y el periodo total combinado del matrimonio fue de más de 10 años. Si ninguno, escriba «Ninguno» _____. Siga a la pregunta 12(d) si tiene niños menores de 16 años de edad o incapacitados (niños de 16 años o más y la incapacidad comenzó antes de cumplir los 22 años de edad) y está divorciado del otro padre/madre del niño y ese cónyuge está actualmente fallecido y el matrimonio duró menos de 10 años.</li> </ul>			
Nombre del cónyuge (incluya el apellido de soltera)		Cuándo (Mes, día, año)	Dónde (Ciudad y estado)
Cómo termino 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)
(d) 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 falleció, quien actualmente está fallecido(a), y</li> <li>• El matrimonio termino en divorcio: Si no aplica, escriba «Ninguno» _____</li> </ul>			
Nombre del cónyuge (incluya el apellido de soltera)		Cuándo (Mes, día, año)	Dónde (Ciudad y estado)
Fecha del divorcio (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 falleció, escriba la fecha de fallecimiento
			Número de Seguro Social del cónyuge (Si ninguno o lo desconoce, indíquelo)

**Use esta sección de «Comentarios» en la página 5 para la continuación o explicación del matrimonio.**

13. Si su reclamación de beneficios por incapacidad es aprobada, es posible que sus niños (incluso hijos adoptivos e hijastros) o nietos dependientes (incluso nietastros) tengan derecho a los beneficios basados en el registro de sus ganancias.
<p>Enumere a continuación: EL NOMBRE COMPLETO DE TODOS aquellos niños que son o que han estado SOLTEROS en los últimos 12 meses y:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• MENORES DE 18 AÑOS</li> <li>• ENTRE LOS 18 Y 19 AÑOS, ASISTIENDO A LA ESCUELA PRIMARIA O SECUNDARIA A TIEMPO COMPLETO; O</li> <li>• INCAPACITADOS (mayores de 18 años de edad y cuya incapacidad comenzó antes de cumplir los 22 años de edad).</li> </ul>

14.	(a) ¿Tenía usted salarios 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 Conteste la pregunta 14	<input type="checkbox"/> No Conteste la pregunta (b)		
	(b) Indique los años desde el 1978 hasta el año pasado en que tuvo salarios o ingresos de trabajo por cuenta propia, pero por los que no pagó impuestos de Seguro Social.				
15.	Indique a continuación los nombres y direcciones de todas las personas, empresas, o agencias gubernamentales para las cuales ha trabajado este año y el año pasado. SI NINGUNA, ESCRIBA «NINGUNA» A CONTINUACIÓN Y CONTINÚE A LA PREGUNTA NÚMERO 16.				
	NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR (Si ha tenido más de un empleador, por favor enumérelos en orden comenzando con el último (más reciente) empleador.)	Comenzó a trabajar		Cesó de trabajar (Si todavía está empleado, escriba, «Continúo empleado»)	
		Mes	Año	Mes	Año
	<b>(Si necesita más espacio, use la sección de «Comentarios».)</b>				
16.	Conteste la pregunta 16 aunque sea un empleado.				
	(a) ¿Trabajó usted por cuenta propia este año o el año pasado?	<input type="checkbox"/> Sí Conteste la pregunta (b)	<input type="checkbox"/> No Conteste la pregunta 17		
	(b) Marque el año (o años) en los cuales trabajó por cuenta propia	¿En qué tipo de comercio o negocio trabajó por cuenta propia? (Por ejemplo, comerciante, agricultor, médico)		¿Fueron las ganancias netas de su comercio o negocio \$400 o más? (Marque «Sí» o «No»)	
	<input type="checkbox"/> Este año				
	<input type="checkbox"/> El año pasado	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
17.	(a) ¿Cuál fue el total de sus ganancias el año pasado? (Cuenta ambos, salarios e ingresos de trabajo por cuenta propia. Si no tuvo ganancias, escriba «Nada».) _____	Cantidad \$ _____			
	(b) ¿Cuánto ha ganado este año? (Si no ha ganado nada, escriba «Nada».) _____	Cantidad \$ _____			
18.	(a) ¿Todavía no puede trabajar debido a sus enfermedades, lesiones o padecimientos?	<input type="checkbox"/> Sí Conteste la pregunta 19	<input type="checkbox"/> No Conteste la pregunta (b)		
	(b) Escriba la fecha cuando pudo comenzar a trabajar.	Mes, Día, Año			
19.	¿Están relacionadas sus enfermedades, heridas o padecimientos a su trabajo en alguna manera?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
20.	¿Es ciego o tiene visión reducida aun con espejuelos o lentes de contacto?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		

21.	(a) ¿Ha solicitado, o espera solicitar, cualquier beneficio público por incapacidad (incluyendo, compensación a trabajadores, beneficios por la enfermedad pulmonar del minero y Seguridad de Ingreso Suplementario)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Conteste la pregunta (b) Conteste la pregunta 22
	(b) Los otros beneficios públicos por incapacidad que ha solicitado (o piensa solicitar) son: (Marque todos los que apliquen):  <input type="checkbox"/> Beneficios de la Administración de Veteranos <input type="checkbox"/> Bienestar público <input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario <input type="checkbox"/> Otro (Llene un Cuestionario de Compensación para trabajadores o beneficios públicos por Incapacidad) (SSI, sus siglas en inglés)	
22.	(a) ¿Recibió algún dinero de alguno de sus empleadores desde la fecha en la que escribió en la pregunta 8 cuando dejó de poder trabajar debido a sus enfermedades, lesiones o padecimientos? Si la respuesta es «Sí», escriba el total de las cantidades y explique en «Comentarios».	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cantidad \$ _____
	(b) ¿Espera recibir algún dinero adicional de un empleador, como pago durante licencia por enfermedad, pago de vacaciones, u otro pago especial? Si la respuesta es «Sí», escriba el total de las cantidades y explique en «Comentarios».	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cantidad \$ _____
23.	¿Tiene, o tuvo, un niño (legítimo suyo o hijo de su cónyuge) menor de 3 años viviendo con usted durante un año calendario o por varios años mientras no tenía ningunas ganancias?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
24.	¿Es uno o ambos de sus padres dependiente económicamente de usted por el cual estaba recibiendo de por lo menos la mitad de su sustento de parte de usted cuando usted ya no podía trabajar debido a su incapacidad? Si la respuesta es «Sí», escriba el nombre, la dirección y el número de Seguro Social del padre o madre, si lo sabe, en la sección de «Comentarios».	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
25.	Si usted no podía trabajar antes de cumplir los 22 años de edad por causa de una enfermedad, lesión o padecimiento, ¿Está recibiendo los beneficios de Seguro Social por jubilación o por incapacidad, o estaba recibiendo, pero ya falleció, uno o ambos de sus padres (incluso, un padre adoptivo o padrastro) o sus abuelos? Si la respuesta es «Sí», escriba los nombres y el número de Seguro Social, si lo sabe, en «Comentarios» (si no lo sabe, escriba «Lo desconozco»)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido



## PARA SU INFORMACIÓN

Hay una agencia estatal que trabaja con nosotros administrando el programa de beneficios de Seguro Social por incapacidad, la cual tiene la responsabilidad en tomar la decisión médica de su reclamación de incapacidad. En algunos casos, es necesario que esta agencia necesite información adicional sobre su padecimiento o citarlo a usted a un examen médico pagado por el gobierno.

### **Declaración de la ley de Confidencialidad/ Recopilación y uso de información personal**

Las secciones 202, 205, 223(a), y 206 de la Ley del Seguro Social, según enmendada, nos autorizan a recopilar la información que se solicita en este formulario. El suministrarnos esta información es un acto voluntario. No obstante, el no suministrar toda o parte de la información que solicitamos nos puede impedir el tomar una decisión exacta y oportuna con respecto a su solicitud para beneficios.

Usaremos la información que suministre para establecer o determinar si tiene derecho a los beneficios. También podemos divulgar la información para los siguientes propósitos, llamados usos rutinarios:

- A contratistas y otras agencias federales, según sea necesario, con el fin de ayudar a la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) en la administración eficiente de nuestros programas.
- 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 la SSA, según lo autorizado por la ley, y necesitan acceso a información de identificación personal en los registros de la SSA 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 por computadora, a través de los cuales se comparan nuestros registros con otros registros para establecer o verificar el tener 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 los usos rutinarios de esta información está disponible en nuestros Sistemas de avisos de los registros de la Ley de Confidencialidad (SORN) titulado, «Earnings Recording and Self Employment Income System (60-0059) y el «Claims Folders Systems» (60-0089). Información adicional referente a estos y otros sistemas de avisos de los registros están disponibles por Internet en [www.segurosocial.gov](http://www.segurosocial.gov) o en su oficina local de Seguro Social.

### **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 para la 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 Gerencia y Presupuesto. Calculamos que le tomará 20 minutos leer las instrucciones, reunir los datos y contestar las preguntas. **ENVÍE O LLEVE PERSONALMENTE EL FORMULARIO CUANDO LO HAYA COMPLETADO A SU OFICINA LOCAL DEL SEGURO SOCIAL. Las direcciones de las oficinas locales del Seguro Social están disponibles por Internet en [www.segurosocial.gov](http://www.segurosocial.gov). También puede encontrar las direcciones de las oficinas en la guía telefónica bajo agencias de gobierno de EE. UU. o puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778). Puede enviar sus comentarios sobre nuestro cálculo del tiempo que le tomará completar el formulario a: SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD. 21235-6401. **Por favor envíe sólo comentarios sobre nuestro cálculo del tiempo, no el formulario lleno.****

**RECIBO DE SU RECLAMACIÓN PARA BENEFICIOS DE SEGURO SOCIAL DE SEGURO POR INCAPACIDAD**

Nombre de la persona con quien se debe comunicar acerca de su reclamación	OFICINA DEL SEGURO SOCIAL	Fecha en que se presentó la reclamación
Número de teléfono (incluya el código de área)		
Su solicitud de reclamación de beneficios de Seguro Social por incapacidad ha sido recibida y será procesada lo más pronto posible.	afectar su reclamación, usted - o alguien a su nombre - debe informarnos el cambio. Los cambios que se deben informar están enumerados a continuación.	
Nos comunicaremos con usted dentro de _____ días después que nos haya suministrado toda la información que le pedimos. Algunas reclamaciones toman más tiempo, si se necesita información adicional.	Siempre que nos escriba o nos llame sobre su reclamación, debe suministrar su número de reclamación.	
Mientras tanto, si se muda o si hay algún otro cambio que pueda	Si tiene preguntas sobre su reclamación, con mucho gusto le ayudaremos.	
RECLAMANTE	NÚMERO DE RECLAMACIÓN DE SEGURO SOCIAL	

**CAMBIOS QUE DEBEN SER INFORMADOS Y CÓMO INFORMARLOS****NEGLIGENCIA EN INFORMARNOS PUEDE RESULTAR EN SOBREPAGOS QUE TENDRÍAN QUE SER REMBOLSADOS**

- Si cambia su dirección residencial o postal para cheques. Para evitar demoras en el recibo de cheques TAMBIÉN debe presentar un aviso de cambio de dirección con su oficina postal.
  - Si cambia su ciudadanía o estado inmigratorio.
  - Si viaja fuera de los EE. UU. por más de 30 días consecutivos.
  - Si un beneficiario fallece o es incapaz de administrar los beneficios.
  - Si ocurre un cambio de custodia —Informe si una persona para quien está solicitando o que usted cuida fallece, deja de estar bajo su tutela o custodia o cambia de dirección.
  - Si está confinado en una cárcel, prisión o institución penal o correccional por más de 30 días consecutivos, por una convicción de un crimen o está confinado por más de 30 días consecutivos en una institución pública por una orden judicial en conexión a un crimen.
  - Si adquiere el derecho a recibir una pensión, anualidad o un pago global basado en empleo donde no pagó impuestos de Seguro Social o si dicha pensión o anualidad cesa.
  - Si tiene un hijastro que recibe los beneficios bajo el número de Seguro Social suyo y usted se divorcia del padre del hijastro nos lo tiene que informar. La ley prohíbe el pago de beneficios a los hijastros comenzando el mes después de que el divorcio se finaliza.
  - Si tiene una orden de detención pendiente por más de 30 días consecutivos por un crimen o por intentar un crimen que
- es un delito grave por huir para evitar ser procesado o encarcelamiento, escapar de la custodia y huir e irse a la fuga. En la mayoría de las jurisdicciones que no definen crímenes como delitos graves, un crimen que conlleva la pena capital o encarcelamiento por un periodo que exceda un año (independientemente de la pena impuesta).
- Si tiene una orden de detención insatisfecha por más de 30 días continuos, por violar su libertad vigilada o condicional de acuerdo con las leyes federales o estatales.
  - Si cambia su estado civil - Se casa, divorcia, se anula su matrimonio.
  - Si después de haber presentado su solicitud, se convierte en padre (incluso de un niño adoptivo) infórmenos para poder decidir si el niño tiene derecho a recibir los beneficios. Si no nos informa la existencia de estos niños puede resultar en la pérdida de posibles beneficios para ellos.
  - Si regresa a trabajar (como empleado o por cuenta propia), independientemente de la cantidad de las ganancias.
  - Si su incapacidad mejora.
  - Si es menor de 65 años de edad y solicita o empieza a recibir compensación de trabajadores (incluso beneficios para mineros) u otro beneficio público por incapacidad o la cantidad actual de su beneficio de compensación de trabajadores u otro beneficio público por incapacidad cambia o cesa, o usted recibe un pago global por algún acuerdo legal.

**CÓMO INFORMAR**

Puede hacer sus informes por Internet, por teléfono, usando el correo postal o en persona, según lo prefiera. Si aprueban sus beneficios, y uno o más de los cambios mencionados ocurren, debe informarlos:

- Visitando la sección «my Social Security» en nuestro sitio de internet en [www.segurosocial.gov](http://www.segurosocial.gov);
- Llamando GRATIS al 1-800-772-1213 y oprima 7 para español;
- Si es sordo o tiene problemas de audición, llamando GRATIS a nuestro número TTY 1-800-235-0778; o
- Visitando personalmente o llamando o escribiéndole a su oficina local de Seguro Social al número de teléfono y dirección que aparece en su recibo de reclamación.

Para información general sobre el Seguro Social, visite nuestro sitio de Internet en [www.segurosocial.gov](http://www.segurosocial.gov).