

Permiso para compartimiento de información/ganancias

A: La Administración de Seguro Social

Nombre _____

Fecha de nacimiento _____

Número de seguro social _____

Yo autorizo a la Administración de Seguro Social que provea información o registros acerca de mí por medio de fax, teléfono, correo electrónico o correo postal, al:

NAME	ADDRESS

Yo quiero que esta información esté provista por:

Necesito información correcta y actual acerca de las ganancias contenidas en mi registro de Seguro Social para que yo pueda hacer una elección informada sobre cómo estas ganancias afectan mis beneficios y el uso potencial de incentivos de trabajo. Este permiso está vigente por cuatro (4) meses después de la fecha de firma.

Por favor provea la siguiente información:

_____ Número de Seguro Social

_____ Información de identificación (incluye fecha y lugar de nacimiento, nombres de padres)

_____ Cantidad mensual de beneficio de Seguro Social

_____ Cantidad del pago mensual de Seguridad de Ingreso Suplementario

_____ Información sobre beneficios/pagos que recibí desde _____ hasta _____

_____ Información sobre mi reclamo de Medicare/cobertura desde _____ hasta _____
(especifique) _____

_____ Registros médicos

_____ Registro de mi archivo (especifique) _____

Otro (especifique): Sumas anuales no-certificados de ganancias desde fecha de nacimiento hasta hoy.

Yo soy el individuo para quien aplica la información/registro o el (la) padre (madre) de esa persona (si es menor de edad) o guardián legal. Yo declaro bajo pena de perjurio que examiné toda la información en este formulario y que está fiel y correcta según mi entender. Entiendo que cualquier que dé un estado falso o engañoso con conocimiento sobre un hecho material en esta información, o causa que otro lo haga, está cometiendo un crimen y puede ser encarcelado, o puede enfrentarse con otras penas, o los dos.

Firma: _____

(Muestre firmas, nombres y direcciones de dos personas si se firma con "X")

Fecha: _____

Relación: _____