

Consent for Release of Information / Earnings

TO: Social Security Administration

Name Date of Birth Social Security Number

I authorize the Social Security Administration to release information or records about me via facsimile, phone, email or postal correspondence, to:

NAME	ADDRESS
Organization Name	Organization Address, Phone & Fax

I want this information released because:

I need to have accurate and current information about earnings posted to my Social Security record so I can make informed choices about how these earnings affect my benefits and potential use of work incentives. This consent is valid for four (4) months from the date of signature.

Please release the following information:

- Social Security Number
- Identifying information (includes date and place of birth, parents' names)
- Monthly Social Security benefit amount
- Monthly Supplemental Security Income payment amount
- Information about benefits/payments I received from _____ to _____
- Information about my Medicare claim/coverage from _____ to _____
(specify) _____
- Medical records
- Record(s) from my file (specify) _____
- Other (specify): Non-certified yearly totals of earnings from date of birth to present.

I am the individual to whom the information/record applies or that person's parent (if a minor) or legal guardian. I declare under penalty of perjury that I have examined all the information on this form and it is true and correct to the best of my knowledge. I understand that anyone who knowingly gives a false or misleading statement about a material fact in this information, or causes someone else to do so, commits a crime and may be sent to prison, or may face other penalties, or both.

Signature: _____
(Show signatures, names and addresses of two people if signed by mark.)

Date: _____ Relationship: _____

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
Organization Name	Organization Address, Phone & Fax

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: _____