

**Consent for Release of Information / General**

**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

I want this information released because:

*I need to have accurate and current information about my benefits to learn how these benefits would be affected by work. This will allow me to make informed decisions about working. This consent is valid for twelve (12) 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): See below.

**Cash:** Type of benefit(s), current payment status, date of disability onset, **impairment(s) of record**, date of entitlement, gross & net amount of benefits, others paid on the record/applicable auxiliary benefits, total family cash benefit, overpayment balance, monthly amount withheld, **benefit termination date and reason benefit terminated**. **Is the current entitlement under ExR?**

**Medical Reviews:** **Last medical review**, next scheduled medical review, current medical re-exam cycle

**Representation:** Representative payee, authorized representative

**Health Insurance:** Type of Medicare (A, B, part C/D), **eligibility date**, enrollment or start date, **amount of premium(s) withheld**, stop date, buy-in and subsidy, **1619b status**

**Title XVI Exclusions:** Blind work expenses, impairment related work expenses, student earned income exclusion, PASS exclusion(s)

**Title II Exclusions:** Number of trial work months used and **month/year of use**, month of cessation

**Ticket to Work:** **Ticket eligibility and assignment status**. **Ticket assigned to whom?**

**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 compartir información /general

A: La Administración de Seguro Social

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

Yo autorizo a la Administración de Seguro Social que provean 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:

*Yo necesito información correcta y actual acerca de mis beneficios para aprender cómo los beneficios están afectados por trabajo. Me ayudará en tomar decisiones sobre el trabajar. Este permiso está vigente por doce (12) meses después de la fecha de firma.*

Por favor provea la siguiente información:

- \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social  
\_\_\_\_\_ Información de identificación (incluya 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): Vea para abajo

**Beneficio de efectivo: Tipo de beneficio(s), estado actual de pago, fecha de comienzo de incapacidad, incapacidad(es) de registro, cantidades bruta y neta de beneficios, otras personas que reciban pago en el registro/beneficios de auxiliares aplicables, beneficio completo familiar, saldo de sobrepago, cantidad mensual retenida, fecha y motivo de terminación de beneficio. ¿Está vigente el derecho bajo Restitución Acelerada?**  
**Revisión médica:** La última revisión médica, próxima revisión médica programada, ciclo de revisión médica corriente  
**Representación:** Representante de beneficiario, representante autorizado  
**Seguro de salud: Clase de Medicare (A, B, parte C/D), fecha de elegibilidad, fecha de inscripción o comienzo, cantidad de prima(s) retenida(s), fecha de terminar, participación y subvención, estado de 1619b**  
**Exclusiones del Título XVI:** Gastos de trabajo de personas ciegas (BWE), gastos de trabajo relacionados con la incapacidad (IRWE), exclusión de ingreso devengado para estudiantes, exclusiones de un plan para lograr la autosuficiencia (PASS, sus siglas en inglés)  
**Exclusiones del Título II:** Número de meses usados de un período probatorio de trabajo y mes/año usados, mes de cese  
**Boleto para trabajar:** Elegibilidad por un Boleto y estado de asignación. ¿A quién está asignado el Boleto?

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 está firmado con "X".)

Fecha: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_