

**SOLICITUD PARA BENEFICIOS DE SEGURO COMO CÓNYUGE**

(No escriba en este espacio)

Yo solicito todos los beneficios de seguro a los cuales tengo derecho bajo el Título II (Seguro Federal de Jubilación, Sobrevivientes e Incapacidad) y la Parte A del Título XVIII (Seguro de salud para las personas de la tercera edad e incapacitadas) de la Ley del Seguro Social, actualmente enmendada.

Suplemento. Si ya ha completado una solicitud titulada «SOLICITUD PARA BENEFICIOS DE SEGURO POR JUBILACIÓN», », solo debe contestar las preguntas con un círculo alrededor. Todos los otros reclamantes deben llenar esta solicitud en su totalidad.

1.	(a) Escriba en LETRA DE MOLDE el nombre del trabajador o persona con trabajo por cuenta propia. (Nos referiremos a esta persona como «el trabajador».)	NOMBRE, INICIAL, APELLIDO	
	(b) Escriba el número de Seguro Social del trabajador		
2.	Indique su propio género con una (X)	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino
3.	(a) Escriba su nombre en LETRA DE MOLDE	NOMBRE, INICIAL, APELLIDO	
	(b) Escriba su número de Seguro Social		

**Conteste la pregunta número 4 si el inglés no es su idioma de preferencia. De lo contrario, continúe a la pregunta número 5.**

4.	Escriba el idioma que prefiere: Al hablar _____ Al escribir _____			
5.	(a) Escriba su fecha de nacimiento.	MES, DÍA, AÑO		
	(b) Escriba el nombre del estado o país extranjero donde nació			
	(c) ¿Existe un registro público de su nacimiento inscribiéndolo antes de que cumpliera los 5 años?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
	(d) ¿Existe un registro religioso de su nacimiento inscribiéndolo antes de que cumpliera los 5 años?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
6.	(a) ¿Es ciudadano de los EE.UU.?	<input type="checkbox"/> Sí <i>(Continúe a la pregunta 7.)</i>	<input type="checkbox"/> No <i>(Continúe a la pregunta (b))</i>	
	(b) ¿Es un extranjero legalmente presente en los EE.UU.?	<input type="checkbox"/> Sí <i>(Continúe a la pregunta (c))</i>	<input type="checkbox"/> No <i>(Continúe a la pregunta 7)</i>	
	(c) ¿Cuál es su fecha de admisión a los EE.UU.?			
7.	(a) Escriba su nombre completo de nacimiento si es diferente a la pregunta 3(a).	NOMBRE, INICIAL, APELLIDO		
	(b) ¿Ha usado usted otros nombres?	<input type="checkbox"/> Sí <i>(Continúe a la pregunta (c))</i>	<input type="checkbox"/> No <i>(Continúe a la pregunta 8)</i>	
	(c) Otros nombres que ha usado.			
8.	(a) ¿Ha usado usted otros números de Seguro Social?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
	(b) Escriba los otros números de Seguro Social que ha usado			

**No conteste la pregunta 9 si ha pasado un año después de haber cumplido su plena edad de jubilación; continúe a la pregunta 10.**

9.	(a) ¿Está incapacitado o ha estado incapacitado durante los últimos 14 meses para trabajar debido a sus enfermedades, lesiones o padecimientos?	<input type="checkbox"/> Sí (Continúe a la pregunta (b))	<input type="checkbox"/> No (Continúe a la pregunta 10)
	(b) Si la respuesta es «Sí», escriba la fecha cuando ya no fue capaz de trabajar. (Aunque nunca haya trabajado.)	MES, DÍA, AÑO	
10.	(a) ¿Ha presentado usted (o alguien a su nombre) una solicitud para recibir los beneficios de Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario, o seguro de hospital o médico bajo Medicare?	<input type="checkbox"/> Sí (Continúe a las preguntas (b) y (c))	<input type="checkbox"/> No (Continúe a la pregunta 11)
	(b) Escriba el nombre de la(s) persona(s) bajo cuyo registro de Seguro Social presentó la otra solicitud	NOMBRE, INICIAL, APELLIDO	
	(c) Escriba el número de Seguro Social de la persona nombrada en (b). (Si lo desconoce, indíquelo.)		
11.	(a) ¿Estuvo usted en el servicio activo militar o naval (incluso el servicio activo en la Guardia Nacional o de Reserva o servicio activo para adiestramiento) después del 7 de septiembre de 1939 y antes de 1968?	<input type="checkbox"/> Sí (Continúe a las preguntas (b) y (c))	<input type="checkbox"/> No (Continúe a la pregunta 12)
	(b) Escriba la(s) fecha(s) de servicio.	(Mes, Año) Desde:	(Mes, Año) Hasta:
	(c) ¿Ha tenido alguna vez (o tendrá) derecho a beneficios mensuales de parte del servicio militar o de una agencia federal civil? (Incluso los beneficios de la Administración de Veteranos, sólo si renunció al pago por jubilación militar.)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
12.	¿Ha trabajado usted o su cónyuge (o su ex cónyuge) en la industria ferroviaria por más de 5 años?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
13.	(a) ¿Tiene usted (o su cónyuge) créditos de Seguro Social (por ejemplo en base a su trabajo o por residencia) bajo el sistema de seguro social de otro país?	<input type="checkbox"/> Sí (Continúe a la pregunta (b))	<input type="checkbox"/> No (Continúe a la pregunta 14)
	(b) Indique el país o países.		
14.	(a) ¿Tiene usted, o espera tener derecho, a recibir beneficios de una pensión o anualidad (o un pago global de parte de una pensión o anualidad) basada en su propio empleo y ganancias de parte del gobierno federal de los EE.UU o de parte de uno de los estados de la nación o sus subdivisiones? (Los beneficios de Seguro Social no son una pensión del gobierno.)	<input type="checkbox"/> Sí (Continúe a las preguntas (b) e indique todo lo aplique a su situación)	<input type="checkbox"/> No (Continúe a la pregunta 15)
	(b) Marque un encasillado e indique la fecha en (c) <input type="checkbox"/> Recibo una pensión o anualidad gubernamental. <input type="checkbox"/> Recibí un pago global en vez de una pensión o anualidad gubernamental. <input type="checkbox"/> Solicité y estoy esperando una decisión sobre mi pensión o pago global. <input type="checkbox"/> No he solicitado pero espero comenzar a recibir mi pensión o anualidad.	(c) Mes      Año  (Si no sabe la fecha, escriba «No sé»)	

**Acuerdo notificar inmediatamente a la Administración del Seguro Social si adquiero el derecho a recibir una pensión o anualidad basada en mi empleo por la que no pagé impuestos de Seguro Social o si tal pensión o anualidad termina.**

15. (a) Escriba la información sobre su matrimonio con el trabajador. Si se casó con el trabajador más de una vez, use el espacio de «Comentarios» para escribir la información adicional del matrimonio. Pase a 15 (b) si está solicitando como cónyuge divorciado; de lo contrario, continúe a la pregunta 15 (c).		
Nombre del cónyuge (incluso su nombre de soltera)	Cuándo (Mes, día, año)	Dónde (Ciudad y estado)
Cómo terminó el matrimonio (Si no ha terminado, escriba «No ha terminado»)	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 defunción
Número de Seguro Social del cónyuge ( <i>si ninguno o lo desconoce, indíquelo</i> )		
(b) Si se casó otra vez después de divorciarse del trabajador, proporcione la siguiente información sobre su matrimonio actual. Si no se casó otra vez, escriba «Ninguno» y continúe a la pregunta 15(c).		
Nombre del cónyuge (incluso su nombre de soltera)	Cuándo (Mes, día, año)	Dónde (Ciudad y estado)
Cómo terminó 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 defunción
Número de Seguro Social del cónyuge ( <i>si ninguno o lo desconoce, indíquelo</i> )		
(c) Supla la siguiente información sobre cada uno de sus matrimonios anteriores si usted:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tuvo un matrimonio que duró por lo menos 10 años; o</li> <li>• Tuvo un matrimonio que terminó debido al fallecimiento de su cónyuge, independientemente de cuánto tiempo estuvo casado; o</li> <li>• Estaba divorciado, se volvió a casar con la misma persona dentro del año inmediatamente después del año del divorcio, y el periodo combinado de matrimonio sumó a más de 10 años. Use el espacio de «Comentarios» para escribir información adicional sobre matrimonios. No repita ninguno de los matrimonios anotados en la pregunta 16(a) o 16(b). Si ninguno, escriba «Ninguno». _____</li> </ul>		
Con quién se casó	Cuándo (Mes, día, año)	Dónde (Ciudad y estado)
Cómo terminó 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 defunción
Número de Seguro Social del cónyuge ( <i>si ninguno o lo desconoce, indíquelo</i> )		

**(Use la sección de «Comentarios» en la página 5 para proporcionar información respecto a algún otro matrimonio.)**

**Si todavía no ha cumplido su plena edad de jubilación o hace menos de un año que cumplió su plena edad de jubilación, conteste la pregunta 16. Si hace más de un año desde que cumplió su plena edad de jubilación, entonces continúe a la pregunta 17.**

16. ¿Ha vivido con usted por los últimos 13 meses (contando este mes) algún hijo soltero del trabajador (incluso, hijos adoptivos o hijastros) o algún nieto que dependía económicamente del trabajador (incluso algún nietastro) menor de 16 años de edad o que está incapacitado? (Si la respuesta es «Sí» escriba la información de cada uno en los espacios a seguir)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Nombre del niño(a)	Cuántos meses vivió con usted (si vivió todos los 13 meses escriba «Todos»)	

17. Indique a continuación los nombres y direcciones de todas las personas, empresas o agencias gubernamentales para las cuales usted ha trabajado este año, el año pasado y el año antepasado. **SI NINGUNA, ESCRIBA «NINGUNA» A CONTINUACIÓN Y CONTINÚE A LA PREGUNTA 21.**

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR (Si ha tenido más de un empleador, por favor enumérelos en orden comenzando con el último [más reciente] empleador.)	El trabajo comenzó		El trabajo terminó (Si todavía trabaja, indique «No ha terminado»)	
	Mes	Año	Mes	Año

(Si necesita más espacio, use la sección de «Comentarios».)

18. (a) ¿Cuál fue el total de sus ganancias el año pasado? \$ \_\_\_\_\_

(b) Escriba una «X» en cada encasillado por CADA MES del año pasado en que no ganó más de \*\$\_\_\_\_\_ en salarios, y no desempeñó servicios sustanciales en trabajo por cuenta propia. Estos son meses exentos. Si ninguno de los meses era exento, escriba una «X» en «NINGUNO». Si todos los meses eran exentos, escriba una «X» en «TODOS».

\*Escriba el límite mensual apropiado después de leer las instrucciones, «Cómo sus ganancias afectan sus beneficios».

	NINGUNO		TODOS	
	ene.	feb.	mar.	abr.
mayo			jul.	ago.
sept.		oct.	nov.	dic.

19. (a) ¿Cuánto espera que sea el total de sus ganancias este año? \$ \_\_\_\_\_

(b) Escriba una «X» en cada encasillado por CADA MES de este año en que no ganó o no ganará más de \*\$\_\_\_\_\_ en salarios y no desempeñó o no desempeñará servicios sustanciales en trabajo por cuenta propia. Estos son meses exentos. Si ninguno de los meses serán exentos, escriba una «X» en «NINGUNO». Si todos los meses serán exentos, escriba una «X» en «TODOS».

\*Escriba el límite mensual apropiado después de leer las instrucciones, «Cómo sus ganancias afectan sus beneficios».

	NINGUNO		TODOS	
	ene.	feb.	mar.	abr.
mayo			jul.	ago.
sept.		oct.	nov.	dic.

**Conteste esta pregunta SOLO si está en los últimos 4 meses de su año tributable (sep., oct., nov. y dic.), si su año tributable está basado en el año natural.**

20. (a) ¿Cuánto espera ganar el próximo año? \$ \_\_\_\_\_

(b) Escriba una «X» en cada encasillado por CADA MES del próximo año en que no espera ganar más de \*\$\_\_\_\_\_ en salarios, y no espera desempeñar servicios sustanciales en trabajo por cuenta propia. Estos serán meses exentos. Si cree que ninguno de los meses serán exento, escriba una «X» en «NINGUNO». Si cree que todos los meses serán exentos, escriba una «X» en «TODOS».

\*Escriba el límite mensual apropiado después de leer las instrucciones, «Cómo sus ganancias afectan sus beneficios».

	NINGUNO		TODOS	
	ene.	feb.	mar.	abr.
mayo			jul.	ago.
sept.		oct.	nov.	dic.

Si usa un año fiscal, es decir, un año tributable que no termina el 31 de diciembre (con una declaración de impuestos que vence el 15 de abril), indique aquí el mes en que termina su año fiscal.

\_\_\_\_\_ Mes

**Si todavía no ha cumplido su plena edad de jubilación y no tiene un niño que tenga derecho a los beneficios bajo su tutela, conteste la pregunta 21. Si ya cumplió su plena edad de jubilación o si tiene un niño que tenga derecho a los beneficios bajo su tutela, conteste la pregunta 22.**

**FAVOR DE LEER DETENIDAMENTE LA INFORMACIÓN AL FINAL DE LA PÁGINA 8 Y CONTESTE UNA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:**

21. (a) Quiero comenzar a recibir los beneficios el primer mes posible y aceptaré una reducción por concepto de edad.
- (b) Ya cumplí mi plena edad de jubilación (o la cumpliré dentro de 12 meses) y quiero comenzar a recibir los beneficios el primer mes posible, siempre y cuando no haya reducción permanente en mis beneficios mensuales.
- (c) Quiero beneficios comenzando en (fecha) \_\_\_\_\_.

**INFORMACIÓN SOBRE MEDICARE**

Si se aprueba esta reclamación y todavía tiene derecho a beneficios a los 65 años o le faltan 3 meses o menos para cumplir los 65 años de edad, podría recibir la cobertura de la Parte A de Medicare (seguro de hospital) y la Parte B de Medicare (seguro médico) automáticamente a los 65 años. Si no tiene derecho a la inscripción automática a la Parte B de Medicare, necesitará comunicarse con el Seguro Social para solicitarla.

**CONTESTE LA PREGUNTA 22 SI SOLO LE FALTAN 3 MESES PARA CUMPLIR LOS 65 DE EDAD**

La Parte B de Medicare (seguro médico) ayuda a cubrir los servicios de los médicos y como paciente ambulatorio. También cubre otros servicios que la Parte A de Medicare no cubre, tales como los servicios de terapia física y ocupacional y algunos servicios de cuidado de salud en el hogar. Si se inscribe en la Parte B de Medicare, tendrá que pagar una prima mensual. La cantidad de su prima mensual se determinará cuando comience su cobertura. En algunos casos, su prima mensual puede ser más alta de acuerdo a la información sobre su ingreso que recibimos del Servicio de Impuestos Internos (IRS). Sus primas mensuales serán descontadas de la cantidad de sus beneficios mensuales de Seguro Social, o de sus beneficios de jubilación ferroviaria o de los beneficios que recibe de la Oficina de Administración de Personal. Si no recibe dichos beneficios, entonces recibirá una carta explicándole cómo pagar sus primas mensuales. También recibirá una carta si hay algún cambio en la cantidad de su prima mensual.

También puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare (Parte D). Para informarse mejor acerca de los planes de medicamentos recetados de Medicare y cuándo puede inscribirse, visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY 1-877-486-2048). Medicare también puede informarle acerca de las agencias en su área que pueden ayudarle a elegir su cobertura de medicamentos recetados.

Si tiene ingresos y recursos limitados, lo alentamos a que solicite el Beneficio Adicional que está disponible a ayudarlo con el costo de los medicamentos recetados. El Beneficio Adicional puede pagar las primas mensuales, deducibles anuales y copagos de los medicamentos. Para informarse mejor o para solicitarlo, por favor visite [www.segurosocial.gov](http://www.segurosocial.gov), llame al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778) o visite la oficina de Seguro Social más cercana.

22. ¿Quiere inscribirse en la Parte B de Medicare (seguro médico)?  Sí  No
23. Si solo le faltan 2 meses para cumplir los 65 años de edad, es ciego o está incapacitado, ¿quiere presentar una solicitud para los beneficios de la Seguridad de Ingreso Suplementario?  Sí  No

**COMENTARIOS (Puede usar este espacio para escribir cualquier explicación. Si necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel.)**

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



**RECIBO DE SU RECLAMACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO COMO CÓNYUGE DEL SEGURO SOCIAL**

NÚMEROS TELEFÓNICOS PARA LLAMAR SI TIENE PREGUNTAS O ALGO QUE INFORMAR	<b>ANTES DE RECIBIR UN AVISO DE APROBACIÓN</b>	OFICINA DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE RECIBO DE SU RECLAMACIÓN
	<b>DESPUÉS DE RECIBIR UN AVISO DE APROBACIÓN</b>		
Su solicitud de reclamación para recibir los beneficios de Seguro Social ha sido recibida y será procesada lo más pronto posible.		algún otro cambio que pueda afectar su reclamación, usted - o alguien a su nombre - debe informar el cambio.	
Nos comunicaremos con usted dentro de _____ días después que nos haya suministrado toda la información que solicitamos. Algunas reclamaciones toman más tiempo si se necesita información adicional.		Los cambios que tienen que ser informados están indicados en la página 8. Siempre debe hacernos saber su número de reclamación cuando escriba o llame sobre su reclamación.	
Mientras tanto, si tiene un cambio de dirección, o si hay		Con mucho gusto le ayudaremos si tiene preguntas sobre su reclamación.	
<b>RECLAMANTE</b>	<b>APPELLIDOS DEL TRABAJADOR SI ES DIFERENTE DE LA DEMANDANTE</b>	<b>NÚMERO DE SEGURO SOCIAL</b>	

**Recopilación y uso de la información de su solicitud**  
**Aviso de la Ley de Confidencialidad/Ley de Reducción de Trámites**

Las secciones 202, 205, 223 y 1872 de la Ley del Seguro Social, según enmendada, nos autoriza a recopilar esta información. Usted proporciona esta información de manera voluntaria. No obstante, el no proveer parte o toda la información que solicitamos podría impedir que tomemos una decisión exacta y oportuna referente a cualquier solicitud de beneficios que se haya presentado.

Usaremos la información en este formulario para determinar si usted tiene derecho a recibir los beneficios y la cantidad de los mismos. Es posible que compartamos la información en este formulario para cumplir con los propósitos descritos a continuación, los cuales se conocen comúnmente como usos rutinarios de la información:

1. A cualquier fuente que tenga, o se espera que tenga, información que la Administración del Seguro Social (SSA) necesite para establecer o verificar el tener derecho de una persona para un certificado de cobertura según un acuerdo de Seguro Social autorizado por la sección 233 o 1633 de la Ley
2. A consultores privados médicos y vocacionales para su uso en la preparación o evaluación del resultado de exámenes médicos consultivos o evaluaciones vocacionales que fueron contratados por el Seguro Social o una agencia estatal que actúe de acuerdo con las secciones 221 o 1633 de la Ley.

Es posible que usemos esta información de acuerdo con la Ley de Privacidad y otras leyes federales. Por ejemplo, donde esté autorizado, podemos usar y divulgar esta información en programas computarizados, en los cuales nuestros registros se comparan con otros registros para establecer o verificar la elegibilidad de una persona para programas de beneficios federales y para el reembolso de deudas incorrectas o delincuentes bajo estos programas.

Puede encontrar una lista completa de usos rutinarios para esta información en nuestros sistemas de avisos de los registros de la Ley de Confidencialidad titulado «Privacy Act Systems of Records Notice» (SORN, por sus siglas en inglés) sistema número 60-0059, titulado, «Earnings Recording and Self-Employment Income System» y «CLaims Folder System» sistema número 60-0089 (estos sistemas solo están disponibles en inglés). Información adicional y una lista completa de todos los SORN están disponibles por internet en [www.segurosocial.gov/foia/bluebook](http://www.segurosocial.gov/foia/bluebook) (solo disponible en inglés).

**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 11 minutos leer las instrucciones, reunir los datos y contestar las preguntas. **ENVÍE o lleve 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) y también aparecen 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.*

**CAMBIOS QUE DEBEN SER INFORMADOS Y CÓMO INFORMARLOS - NEGLIGENCIA EN INFORMAR PUEDE RESULTAR EN SOBREPAGOS QUE TENDRÁN QUE SER REEMBOLSADOS y POSIBLEMENTE INCURRIR MULTAS MONETARIAS.**

- Si cambia su dirección postal para cheques. *(Para evitar demoras en el recibo de cheques TAMBIÉN debe presentar un cambio de dirección a su oficina postal.)*
- Si su ciudadanía o estado inmigratorio cambia.
- Si viaja fuera de los EE. UU. por más de 30 días consecutivos.
- Si algún beneficiario fallece o ya no es capaz de administrar sus propios beneficios.
- Cambios de trabajo - en su solicitud usted indicó que espera ganancias totales para el \_\_\_\_\_ de \$ \_\_\_\_\_ . (Año)  
Usted  (está)  (no está) ganando salarios de más de \$ \_\_\_\_\_ al mes.  
Usted  (está)  (no está) trabajando por cuenta propia desempeñando servicios sustanciales en su oficio o negocio. (Informe de INMEDIATO si cambia este patrón de trabajo.)
- Cambio en el estado civil - Se casa, se divorcia o anula su matrimonio. Es imperativo que informe todo cambio de estado civil, aunque usted cree que sería una excepción a la regla.
- Si está confinado por más de 30 días consecutivos a una cárcel, prisión, o institución penal o correccional por la condena de un crimen, o está confinado por más de 30 días consecutivos en una institución pública por una orden judicial en conexión con un crimen.
- Si tiene una orden de detención para su arresto pendiente por más de 30 días consecutivos por un crimen o por intentar un crimen que es un delito grave de fuga para evadir el ser procesado o confinando, o se fuga mientras estaba bajo custodia o fuga escapatória. En la mayoría de las jurisdicciones que no catalogan estos crímenes como delitos graves, entonces esta cláusula aplica a los crímenes cuyo castigo es la pena de muerte o encarcelamiento por un periodo que exceda un año (independiente de cuál sea la sentencia dictada).
- Si tiene una orden de detención pendiente por más de 30 días consecutivos por violar su libertad vigilada o condicional bajo la ley federal o estatal.
- Si empieza a recibir una pensión o anualidad basada en su empleo por la que no pagó impuestos de Seguro Social o si cesa de recibir dicha pensión o anualidad.
- Cambio de custodia o mejoría de la incapacidad -- Tiene que informarnos si la persona para quien usted está solicitando o quien está bajo su cuidado fallece, deja de estar bajo su cuidado o custodia, cambia de dirección postal o, si está incapacitado, si la incapacidad mejora.
- Si se convierte en padre de un niño (incluso un niño adoptivo) después de haber presentado su reclamación, debe informarnos sobre el niño para que podamos decidir si el niño tiene derecho a recibir los beneficios. El fallar en informar la existencia de estos niños puede resultar en la pérdida de posibles beneficios para los niños.
- Si su hijastro tiene derecho a recibir los beneficios bajo el registro de ganancias de usted, y usted se divorcia del padre o de la madre del hijastro. Los beneficios del hijastro no son pagaderos a partir del mes después en que el divorcio se finalice.

**Qué debe hacer para informarnos**

Puede hacer sus informes por teléfono, correo o en persona, según lo prefiera.

Si se aprueba su reclamación y uno o más de los cambios mencionados ocurren, debe informarlos:

- Visitando la sección titulada «Servicios por internet» en [www.segurosocial.gov](http://www.segurosocial.gov);
- Llamando GRATIS al 1-800-772-1213;
- Si es sordo o tiene problemas de audición, llamando GRATIS a nuestro número TTY 1-800-325-0778; o
- Llamando, visitando, o escribiéndole a su oficina local de Seguro Social al teléfono y dirección mostrados en el recibo de su solicitud.

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

Para las personas que todavía no han cumplido su plena edad de jubilación, la ley requiere que se presente un informe de ganancias con el Seguro Social dentro de los 3 meses y 15 días después del fin del año tributable en que usted gane más de la cantidad anual exenta. Puede comunicarse con el Seguro Social para presentar un informe. De lo contrario, el Seguro Social usará las ganancias informadas por sus empleadores y su declaración de impuestos de trabajo por cuenta propia (si aplica) como el informe de ganancias requerido por ley y ajustará los beneficios según el límite de ganancias. Es su responsabilidad asegurarse que la información que nos proporcione referente a sus ganancias esté correcta. Debe proporcionar información adicional según sea necesaria cuando el ajuste de sus beneficios basado en las ganancias de su registro no esté correcto.

Bajo una regla especial conocida como el «límite de ganancias mensual», usted puede recibir la cantidad completa de sus beneficios por cualquier mes en que no gane salarios sobre el límite mensual y no desempeñe servicios sustanciales en trabajo por cuenta propia, independientemente de lo que gane durante el año. Para los beneficiarios en la edad de jubilación, esta regla especial se puede aplicar a un sólo año tributario que, por lo general, es el año de jubilación. Para beneficiarios más jóvenes como cónyuges jóvenes (con derecho a recibir los beneficios basados solo porque tienen algún niño bajo su tutela), esta regla especial se puede usar por dos años tributables. El primer año tributable en que el límite mensual de ganancias se puede usar es por lo general el primer año en que tiene derecho a recibir los beneficios. El segundo año tributable en que se puede usar el límite de ganancias mensual siempre es el año en que termina su derecho a recibir los beneficios. Para los otros años, la cantidad total de beneficios pagadera se basará únicamente en el total de sus ganancias anuales independientemente de la cantidad de las ganancias mensuales o de los servicios rendidos en trabajo por cuenta propia.

**POR FAVOR LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN CUIDADOSAMENTE ANTES DE CONTESTAR LA PREGUNTA 21.**

- Si todavía no ha cumplido su plena edad de jubilación, no se le puede pagar los beneficios como cónyuge por ningún mes antes del mes en que presente su solicitud.
- Si ya cumplió su plena edad de jubilación, los beneficios de cónyuge se podrían pagar por algunos meses antes del mes en que presente esta solicitud, pero no antes del mes en que cumplió su plena edad de jubilación.
- Si su primer mes con derecho a recibir los beneficios es antes de que usted cumpla su plena edad de jubilación, la cantidad de los beneficios será reducida. Sin embargo, si no recibe la cantidad completa de sus beneficios por un mes o varios meses antes de cumplir su plena edad de jubilación porque los beneficios son retenidos debido a sus ganancias, la cantidad de sus beneficios aumentará cuando cumpla su plena edad de jubilación para darle crédito por esta retención. Por lo tanto, la cantidad de sus beneficios cuando cumpla su plena edad de jubilación será reducida solo si recibe uno o más pagos de beneficios completos antes del mes en que cumpla su plena edad de jubilación.