

**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	
3.	Indique su género con una (X)	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino

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

4.	Escriba el idioma que usted prefiere: Hablar	Escribir:
5.	(a) Escriba su fecha de nacimiento	
	(b) Escriba el nombre de la ciudad y el estado o país donde nació	
	(c) ¿Fue inscrito en un registro público antes de cumplir los 5 años de edad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
	(d) ¿Fue inscrito en un registro religioso antes de cumplir los 5 años de edad?	<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 <input type="checkbox"/> No Pase a la pregunta 7      Conteste la (b)
	(b) ¿Es un extranjero legalmente presente en los EE.UU.?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Conteste la (c)      Pase a la pregunta 7
	(c) ¿Cuál es la fecha de su admisión legal a los EE.UU.?	
7.	(a) Escriba su nombre completo de nacimiento si es diferente a la pregunta número 1.	
	(b) ¿Ha usado algún otro nombre o nombres?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Conteste la (c)      Pase a la pregunta 8
	(c) Otros nombres que ha usado.	
8.	(a) ¿Ha usado otros números de Seguro Social?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Conteste la (b)      Pase a la pregunta 9
	(b) Escriba los números de Seguro Social que ha usado	
9.	¿Cuándo usted cree que su condición(es) llegó a ser lo suficiente grave para impedirle trabajar (aunque nunca haya trabajado)?	
10.	(a) ¿Ha presentado usted (o alguien en su nombre) una solicitud para los beneficios de Seguro Social, por un período de incapacidad bajo el Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario, o seguro de hospital o médico bajo Medicare?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé Conteste (b) y (c).      (Si respondió «No», o «No sé», pase a la pregunta 11.)
	(b) Escriba el nombre de la(s) persona(s) bajo cuyo registro de Seguro Social usted presentó la otra solicitud.	
	Escriba el número de Seguro Social de la persona nombrada en (b). Si lo desconoce, marque <i>este encasillado</i> . <input type="checkbox"/>	

11.	(a) ¿Estuvo usted en el servicio activo militar o de la marina (incluso el servicio activo en la Guardia Nacional o Reserva o servicio activo para adiestramiento) después del 7 de septiembre de 1939 y antes del 1968?	<input type="checkbox"/> Sí Conteste (b) y (c).	<input type="checkbox"/> No Pase a la pregunta 12
	(b) Escriba las fechas de servicio	Desde: (Mes, Año)	Hasta: (Mes, Año)
	(c) ¿Alguna vez ha tenido (o tendrá) derecho a recibir beneficios mensuales de una agencia federal militar o civil? (Incluya los beneficios de la Administración de Veteranos solo si renunció al pago de jubilación militar.)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
12.	¿Ha trabajado usted, su cónyuge (o cónyuges) en la industria ferroviaria por más de 5 años?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
13.	(a) ¿Tiene usted créditos de Seguro Social (por ejemplo, basados en el trabajo o residencia) bajo el sistema de Seguro Social de otro país?	<input type="checkbox"/> Sí Conteste la (b)	<input type="checkbox"/> No Pase a la pregunta 14
	(b) Escriba los nombres de los países:		
14.	(a) ¿Tiene usted derecho, 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 del 1956 que no esté cubierta por el Seguro Social?	<input type="checkbox"/> Sí Conteste (b) y (c)	<input type="checkbox"/> No Pase a la pregunta 15
	(b) <input type="checkbox"/> Comencé a recibir o espero comenzar a recibir los beneficios en	Mes	Año
	(c) <input type="checkbox"/> Adquirí el derecho o espero adquirir el derecho a los beneficios en	Mes	Año
	ESTOY DE ACUERDO EN AVISAR INMEDIATAMENTE a la Administración del Seguro Social si adquiero el derecho a recibir una pensión o anualidad basada en mi empleo por la cual no pagué impuestos de Seguro Social o si terminan los beneficios de dicha pensión o anualidad.		
15.	(a) ¿Alguna vez ha estado casado?	<input type="checkbox"/> Sí Conteste la (b)	<input type="checkbox"/> No Pase a la pregunta 16
	(b) Provea la siguiente información acerca de su matrimonio presente. Si al presente no está casado, escriba «Ninguno». _____ Pase a la pregunta 15(c)		
	Nombre de su cónyuge (incluso el nombre de soltera, si aplica)	Fecha de Matrimonio (Mes, día, año)	Lugar (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>• Estuvo casado y el matrimonio duró por lo menos 10 años</li> <li>• Estuvo casado y su cónyuge falleció, independientemente de cuántos tiempo estuvo casado</li> <li>• Se divorció y se volvió a casar con la misma persona dentro de doce meses inmediatamente después del divorcio, y el periodo total combinado del matrimonio fue de más de 10 años. Si ninguno, escriba «Ninguno» _____. Siga a la pregunta 15(d) si tiene niños menores de 16 años de edad o incapacitados o niños incapacitados (mayores de 16 años de edad y la incapacidad comenzó antes de cumplir los 22 años de edad) y está divorciado del padre/madre del niño y ese cónyuge falleció y el matrimonio duró menos de 10 años.</li> </ul>		
	Nombre del cónyuge (incluso el nombre de soltera, si aplica)	Fecha de Matrimonio (Mes, día, año)	Lugar (Ciudad y estado)
	Cómo se el matrimonio finalizó	Fecha de terminación (Mes, día, año)	Lugar (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 defunción
			Número de Seguro Social del cónyuge (Si ninguno o lo desconoce, indíquelo)

15. (d) Ingrese información sobre cualquier matrimonio si:

- tiene un niño(s) menor(es) de 16 años de edad o incapacitado(s) (niños mayores de 16 años de edad y la incapacidad comenzó antes de cumplir los 22 años de edad); y
- Estuvo casado por menos de 10 años y el padre o la madre del niño falleció; y
- La manera de finalidad del matrimonio fue por medio del divorcio

Si ninguno, escriba «Ninguno» \_\_\_\_\_

Nombre del cónyuge (incluso el nombre de soltera, si aplica)	Fecha de Matrimonio (Mes, día, año)	Lugar (Ciudad y estado)	
Fecha del divorcio (Mes, día, año)	Lugar (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 defunción	Número de Seguro Social del cónyuge (Si ninguno o lo desconoce, indíquelo)

Use el espacio de «Comentarios» en la página 4 para continuar si tiene información adicional sobre matrimonios o quiere ofrecer alguna explicación.

16. Es posible que sus niños (incluso hijos biológicos, adoptivos e hijastros) o nietos dependientes (incluso nietos políticos) tengan el derecho a recibir los beneficios bajo el registro de ganancias de usted, si se aprueba su reclamación de beneficios por incapacidad.

Nombre a continuación: EL NOMBRE COMPLETO DE TODOS dichos niños que son o que han estado SOLTEROS en los últimos 12 meses y:

- MENORES DE 18 AÑOS
- ENTRE LOS 18 Y 19 AÑOS, ASISTIENDO A LA ESCUELA PRIMARIA O SECUNDARIA A TIEMPO COMPLETO; o INCAPACITADOS (mayores de 18 años de edad cuya incapacidad comenzó antes de cumplir los 22 años de edad).

17. (a) ¿Tenía salarios o ingresos de trabajo por cuenta propia durante los cuales pagó impuestos de Seguro Social en todos los años desde el 1978 hasta el año pasado?

Sí  No

Pase a la pregunta 18

Conteste la (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.

18. 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» Y CONTINÚE A LA PREGUNTA NÚMERO 19.

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR (Si tuvo 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

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

19. Conteste la pregunta 19 aunque solo haya trabajado como empleado.		
(a) ¿Trabajó por cuenta propia este año o el año pasado?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Conteste la (b) Pase a la pregunta 20
(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, almacenero, agricultor, médico)	¿Sobrepasaron los \$400 sus ganancias netas de su comercio o negocio? (Marque «Sí» o «No»)
<input type="checkbox"/> Este año		
<input type="checkbox"/> El año pasado		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
20. (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 \$ _____
21. (a) ¿Todavía no puede trabajar debido a sus enfermedades, lesiones o padecimientos?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Pase a la pregunta 22 Conteste la (b)
(b) Escriba la fecha cuando pudo comenzar a trabajar		Mes, Día, Año
22. ¿Están relacionadas sus enfermedades, heridas o padecimientos a su trabajo en alguna manera?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
23. ¿Es ciego o tiene visión reducida aun con espejuelos o lentes de contactos?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
24. (a) ¿Ha solicitado, o espera solicitar, cualquier otro beneficio público por incapacidad (incluyendo, compensación a trabajadores, beneficios por la enfermedad pulmonar del minero y/o Seguridad de Ingreso Suplementario)?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Conteste la (b) Pase a la pregunta 25
(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 (SSI, por sus siglas en inglés) <input type="checkbox"/> Otro (Llene un Cuestionario de Compensación para trabajadores o beneficios públicos por Incapacidad)		
25. (a) ¿Ha recibido algún dinero de alguno de sus empleadores desde la fecha que escribió en la pregunta #9, cuando dejó de ser capaz de trabajar debido a sus enfermedades, lesiones o padecimientos? Si la respuesta es «Sí», escriba el total de las cantidades y explique en la sección de «comentarios».		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cantidad \$ _____
(b) ¿Espera recibir algún dinero de un empleador, tales como pagos durante licencia por enfermedad, pagos de vacaciones, u otro pago especial? Si la respuesta es «Sí», escriba el total de las cantidades y explique en la sección de «comentarios».		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cantidad \$ _____
26. ¿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 ganancias?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
27. ¿Es uno o ambos de sus padres dependiente económicamente de usted por el cual estaba recibiendo de por lo menos la mitad 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
28. 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"/> Lo desconozco

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

Yo declaro bajo pena de perjurio que he examinado toda la información en este formulario, y en cualquier declaración o formulario que lo acompañe, y que dicha información es cierta y correcta según mi mejor entender.

<b>Firma del solicitante</b>		Fecha (Mes, Día, Año)	
FIRMA (Nombre, Inicial, Apellido (Firme con tinta)) FIRME AQUI		Números de teléfonos diurnos a los que podemos llamar para comunicarnos con usted	
Dirección de pago para depósito directo (Institución Financiera)			
Número de ruta bancario	Número de cuenta	<input type="checkbox"/> Cheques <input type="checkbox"/> Ahorros	<input type="checkbox"/> Inscribirse en Depósito Directo <input type="checkbox"/> Depósito Directo rechazado
Dirección del solicitante (Número y nombre de la calle, No. de Apto, P.O. Box, Ruta Rural) (Escriba su dirección residencial en «Comentarios» si es diferente a esta dirección.)			
Ciudad y Estado	Zona Postal	Condado donde reside al presente (si aplica)	
Se requieren testigos SOLO si el solicitante ha sido firmado con una «X». Si fue firmada con una «X», dos testigos que conocen al solicitante deben firmar a continuación dando sus direcciones completas. También, escriba en letra de molde el nombre del solicitante en el encasillado de la «Firma».			
1. Firma del Testigo		2. Firma del Testigo	
Dirección (Número y nombre de la calle, ciudad, estado y zona postal)		Dirección (Número y nombre de la calle, ciudad, estado y zona postal)	

---

## 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, esta agencia necesitará información adicional sobre su padecimiento o programar una cita para realizarle un examen médico pagado por el gobierno.

---

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

Las secciones 202, 205 y 223 de la Ley del Seguro Social, según enmendada, nos autorizan a recopilar esta información. El proporcionar esta información en este formulario es voluntario. No obstante, el no proveer toda o parte de la información podría impedir una decisión precisa y a tiempo sobre la continuación de su derecho a recibir los beneficios o el derecho a recibir los pagos de los beneficios de su dependiente.

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 derecho o el derecho de su dependiente a recibir los beneficios de Seguro Social. Muy infrecuentemente usamos la información que nos proporcione con otro propósito, sin embargo, es posible que divulguemos la información para la administración de nuestros programas, incluso el compartir información para:

- 1- Para que las agencias estatales realicen auditorias de los pagos estatales suplementarios y la consideración de tener el derecho a recibir Medicare.
- 2- Para los contratistas y otras agencias federales según sea necesario con el propósito de ayudar a la Administración del Seguro Social a eficientemente administrar sus programas.

Es posible que también usemos la información que nos suministre de acuerdo con la ley de privacidad y otras leyes federales. Por ejemplo, cuando se autorice, que la información que nos proporciona la utilicemos en programas de cotejo computarizados. Estos programas de cotejo computarizados comparan nuestros registros con los registros que mantienen otras agencias del gobierno federal, estatal o municipal. La información de estos programas de cotejo computarizados se puede usar para establecer o verificar el derecho de una persona a participar en los programas de beneficios financiados o administrados por el gobierno federal y para el reembolso de pagos o deudas delincuentes bajo estos programas.

Puede encontrar la lista de las razones sobre cuándo divulgamos su información a terceros, a lo que llamamos usos rutinarios en nuestros Sistemas de avisos de los registros de la Ley de Confidencialidad titulado «Privacy Act System of Records Notices» (SORN), «Earnings Recording and Self Employment Income System (60-0059) y el «Claims Folders Systems» (60-0089). Información adicional concerniente a estos y otros sistemas de avisos y de nuestros sistemas están disponibles por Internet en [www.segurosocial.gov](http://www.segurosocial.gov) o en su oficina local del 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.	Mientras tanto, si se muda o si hay algún otro cambio que pueda 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.	
	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 reembolsados

- 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 suya 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 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, o 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 nuestra sitio de 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 1-800-235-0778; 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).