

SOLICITUD DEL PAGO GLOBAL POR FALLECIMIENTO*

Estoy solicitando el pago global por fallecimiento al que tengo derecho según la Sección 202(i) de la Ley del Seguro Social, en su versión enmendada, en el registro de Seguro Social del fallecido. Esta solicitud debe presentarse dentro de los 2 años posteriores a la fecha de fallecimiento del asalariado o trabajador autónomo.

*Esta también puede considerarse una solicitud para beneficios como sobrevivientes según la Ley de Jubilación Ferroviaria.

1.	Escriba en LETRA DE MOLDE	NOMBRE, INICIAL, APELLIDO	
2.	(a) Escriba en LETRA DE MOLDE el nombre del trabajador asalariado o trabajador por cuenta propia (de aquí en adelante lo llamaremos «persona fallecida»).	NOMBRE, INICIAL, APELLIDO	
	(b) Escriba el número de Seguro Social de la persona fallecida.		
3.	Escriba la fecha de nacimiento de la persona fallecida (MM/DD/AAAA)		
4.	(a) Escriba la fecha de defunción (MM/DD/AAAA)		
	(b) Escriba el lugar de defunción (Ciudad y estado)		
5.	RESPONDA A LA SECCIÓN 5 SÓLO SI EL FALLECIDO TRABAJÓ EN LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS		
	(a) ¿Cuál es la cantidad aproximada que devengó la persona fallecida entre empleos y trabajo por cuenta propia durante el año en que falleció?	CANTIDAD	\$ _____
	(b) ¿Cuál es la cantidad aproximada que devengó la persona fallecida el año antes de su fallecimiento??	CANTIDAD	\$ _____
6.	CONTESTE LA PREGUNTA 6 SOLO SI LA PERSONA FALLECIDA FALLECIÓ ANTES DE LOS 66 AÑOS Y EN LOS ÚLTIMOS 4 MESES.		
	(a) ¿Estuvo la persona fallecida incapacitada para trabajar debido a enfermedades, lesiones o condiciones en el momento en que falleció?	<input type="checkbox"/> Sí (Si la respuesta es «Sí», conteste (b).)	<input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es conteste «No», continúe a la pregunta 7.)
	(b) Escriba la fecha en que la persona fallecida se incapacitó para trabajar. (MM/DD/AAAA)		
7.	(a) ¿Estuvo la persona fallecida en el servicio militar o en la marina (incluyendo el servicio activo en la Guardia Nacional o Reserva o servicio activo de adiestramiento) después del 7 de septiembre de 1939 y antes de 1968?	<input type="checkbox"/> Sí (Si la respuesta es «Sí», conteste (b) y (c).)	<input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es conteste «No», continúe a la pregunta 8.)
	(b) Escriba las fechas de servicio.	From: (MM/AAAA)	To: (MM/AAAA)
	(c) ¿Alguien ha recibido (incluso la persona fallecida) o espera recibir un beneficio de alguna otra agencia federal?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
8.	¿Trabajó la persona fallecida en la industria ferroviaria por más de 7 años?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

9.	(a) ¿Trabajó la persona fallecida bajo el sistema de Seguro Social de algún otro país, además de los EE. UU.?	<input type="checkbox"/> Sí	<i>(Si la respuesta es «Sí», continúe a la (b).)</i>	
		<input type="checkbox"/> No	<i>(Si la respuesta «No», continúe a la pregunta 10.)</i>	
	(b) Si responde «Sí» a la pregunta «a», escriba los nombres de los países.			
10.	(a) ¿Existe un cónyuge sobreviviente de la persona fallecida? Si la respuesta es «Sí», escriba a continuación la información sobre el matrimonio al momento del fallecimiento. Si la respuesta es «No», continúe con la pregunta 10(b) si la persona fallecida tuvo matrimonios anteriores o a la pregunta 10 si la persona fallecida nunca se casó.		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	Nombre del cónyuge <i>(incluyendo el apellido de soltero)</i>	Cuándo (MM/DD/AAAA)	Dónde <i>(Nombre de la ciudad y del estado)</i>	
	Cómo terminó el matrimonio	Cuándo (MM/DD/AAAA)	Dónde <i>(Nombre de la ciudad y del estado)</i>	
	El matrimonio fue oficiado por: <input type="checkbox"/> Clérigo u oficial público <input type="checkbox"/> Otro (Explíquelo en «Comentarios»)	Fecha de nacimiento del cónyuge (o edad)	Número de Seguro Social del cónyuge <i>(Si se desconoce, por favor indíquelo)</i>	
	(b) Si la persona fallecida tuvo matrimonios anteriores que duraron al menos 10 años, escriba la información a continuación. Si el fallecido se casó con el mismo individuo varias veces y se casó inmediatamente después del año en que se divorció, y el período combinado del matrimonio equivale a un total de 10 años o más, por favor incluya dicho matrimonio. Si no hay matrimonios anteriores o si la información no está disponible, por favor indique a continuación.			
	Nombre del cónyuge <i>(incluyendo el apellido de soltero)</i>	Cuándo (MM/DD/AAAA)	Dónde <i>(Nombre de la ciudad y del estado)</i>	
	Cómo terminó el matrimonio	Cuándo (MM/DD/AAAA)	Dónde <i>(Nombre de la ciudad y del estado)</i>	
	El matrimonio fue oficiado por: <input type="checkbox"/> Clérigo u oficial público <input type="checkbox"/> Otro (Explíquelo en «Comentarios»)	Fecha de nacimiento del cónyuge (o edad)	Si el cónyuge falleció, escriba la fecha de fallecimiento	
	Número de Seguro Social de cónyuge (Si no lo conoce o no lo sabe, indique por favor)			
	(c) Si el fallecido tiene uno o más hijos sobrevivientes según se define en el punto 11 y el fallecido estaba casado con la madre o padre del hijo, pero el matrimonio terminó en divorcio, ingrese información sobre el matrimonio si aún no figura en 10(b). Si no hay matrimonios anteriores o si la información no está disponible, indíquelo a continuación.			
	Nombre del cónyuge <i>(incluyendo el apellido de soltero)</i>	Cuándo (MM/DD/AAAA)	Dónde <i>(Nombre de la ciudad y del estado)</i>	
	Cómo terminó el matrimonio	Cuándo (MM/DD/AAAA)	Dónde <i>(Nombre de la ciudad y del estado)</i>	
	El matrimonio fue oficiado por: <input type="checkbox"/> Clérigo u oficial público <input type="checkbox"/> Otro (Explíquelo en «Comentarios»)	Fecha de nacimiento del cónyuge (o edad)	Si el cónyuge falleció, escriba la fecha de fallecimiento	
	Número de Seguro Social de cónyuge (Si no lo conoce o no lo sabe, indíquelo por favor)			
11.	Los hijos sobrevivientes del fallecido (incluidos los hijos naturales, los hijos adoptados y los hijastros) o los nietos dependientes (incluidos los nietos adoptivos) pueden tener derecho para recibir beneficios según el registro de ingresos del fallecido.			
	Enumere a continuación TODOS los niños que ahora o estuvieron en los últimos 12 meses solteros Y:			
	<ul style="list-style-type: none"> • Menores de 18 años • Entre 18 y 19 años y que asisten a la escuela primaria o secundaria (grado 12 o menos) a tiempo completo O • 18 años o más con una discapacidad que comenzó antes de los 22 años. (Si no hay ninguno, escriba «Ninguno»). 			
	Nombre completo del niño	Nombre completo del niño		

12. ¿Hay un padre sobreviviente (o varios) del fallecido que recibían manutención del fallecido en el momento en que el fallecido quedó incapacitado según la Ley del Seguro Social o en el momento de su muerte?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>(Si responde "Sí", ingrese el nombre y la dirección de los padres en "Comentarios".)</i>
13. ¿Ha solicitado anteriormente algún beneficio del Seguro Social en el registro de ingresos del fallecido?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

NOTA ACLARATORIA: Si hay un cónyuge sobreviviente, continúe con al 14. Si no, omita los puntos 14 al 17.

14. Si no es el cónyuge sobreviviente, ingrese aquí el nombre y la dirección del cónyuge sobreviviente.		
15. (a) ¿Vivían juntos el difunto y el cónyuge supérstite en la misma dirección cuando falleció el difunto?	<input type="checkbox"/> Sí (Si responde «Sí», pase al punto 16.) <input type="checkbox"/> No (Si responde «No», responda (b).)	
(b) Si el fallecido o el cónyuge sobreviviente estaban fuera del hogar (ya sea temporalmente o no) cuando falleció, proporcione lo siguiente:		
¿Quién estaba ausente?	<input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/> Cónyuge sobreviviente	
Fecha del último hogar	Razón por la cual comenzó la ausencia	Razón por la que estaban separados al momento de la muerte
Si se separaron debido a una enfermedad, ingrese la naturaleza de la enfermedad o condición de discapacidad.		

Si usted es un cónyuge sobreviviente, y tiene menos de 66 años, responda el punto 16.

16. (a) ¿Actualmente, tiene una incapacidad y no puede trabajar o hubo un período durante los últimos 14 meses en el que tuvo una incapacidad y no pudo trabajar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
(b) Si responde «Sí», ingrese la fecha en la que inicio su incapacidad.	(MM/DD/AAAA)

Responda el punto 17 SÓLO si es el cónyuge sobreviviente.

17. ¿Estaba usted casado antes de casarse con la persona fallecida? En caso afirmativo, ingrese información sobre sus matrimonios anteriores que duraron al menos 10 años o terminaron debido a la muerte del cónyuge. Si se divorció y luego se volvió a casar con la misma persona dentro del año inmediatamente siguiente al año del divorcio y el período combinado de matrimonio totalizó al menos 10 años, incluya el matrimonio. Si necesita más espacio, utilice la sección de «Comentarios» en la última página o adjunte una hoja separada.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del cónyuge (incluyendo el apellido de soltero)	Cuándo (MM/DD/AAAA)	Dónde (Nombre de la ciudad y del estado)
Cómo terminó el matrimonio	Cuándo (MM/DD/AAAA)	Dónde (Nombre de la ciudad y del estado)
El matrimonio fue oficiado por: <input type="checkbox"/> Clérigo u oficial público <input type="checkbox"/> Otro (Explíquelo en «Comentarios»)	Fecha de nacimiento del cónyuge (o edad)	Si el cónyuge falleció, escriba la fecha de fallecimiento
Número de Seguro Social de cónyuge (Si no lo conoce o no lo sabe, indíquelo por favor)		

Comentarios: (Puede utilizar este espacio para cualquier explicación. Si necesita más espacio, adjunte una hoja aparte).

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 es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

FIRMA DEL SOLICITANTE (Nombre, inicial del segundo nombre, apellido) (Escriba con tinta)	Fecha (MM/DD/AAAA)
	Números de teléfono a los que se le puede contactar durante el día (Código de área)

Dirección postal (número y calle, número de apartamento, apartado postal o ruta rural)

Ciudad y estado	Código postal	Ingrese el nombre del condado (si corresponde) en el que vive ahora
-----------------	---------------	---

Información de pago por depósito directo (institución financiera)

Número de ruta bancaria	Número de cuenta	<input type="checkbox"/> Cheques	<input type="checkbox"/> Inscrito en Direct Express
		<input type="checkbox"/> Ahorros	<input type="checkbox"/> Depósito directo rechazado

Se requieren testigos SÓLO si esta solicitud ha sido firmada con la marca (X) arriba. Si firma con una marca (X), dos testigos de la firma que conozcan al solicitante deben firmar a continuación, indicando sus direcciones completas.

1. Firma del Testigo	2. Firma del Testigo
Dirección (Número y calle, ciudad, estado y código postal)	Dirección (Número y calle, ciudad, estado y código postal)

RECIBO DE SU RECLAMACIÓN DEL PAGO GLOBAL POR FALLECIMIENTO DEL SEGURO SOCIAL

NÚMERO DE TELÉFONO PARA LLAMAR SI TIENE ALGUNA PREGUNTA O ALGO QUE INFORMAR	OFICINA DEL SEGURO SOCIAL	FECHA EN QUE SE RECIBIÓ EL RECLAMO
NÚMERO DE TELÉFONO		

RECIBO DE SU RECLAMACIÓN

Su solicitud para el pago global por fallecimiento ha sido recibida y será procesada lo más rápido posible.

Deberá tener noticias nuestras en ____ días después de proveer toda la información que solicitamos. Algunas reclamaciones pueden tardar más si se necesita información adicional.

Mientras tanto, si cambia su dirección postal, debe informar el cambio.

Siempre provea su número de reclamo cuando escriba o llame por teléfono sobre su reclamo.

Si tiene alguna pregunta sobre su reclamo, estaremos encantados de ayudarle.

RECLAMANTE	NÚMERO DE CONTROL DE AVISO DEL BENEFICIARIO (BNC, por sus siglas en inglés)
------------	---

NOMBRE DEL FALLECIDO (Si el apellido difiere del nombre del reclamante)

Declaración de la Ley de Confidencialidad Recopilación y uso de información personal

La sección 202 de la *Ley del Seguro Social*, según enmendada, nos autorizan a recopilar esta información. Proporcionarnos esta información es voluntario. Sin embargo, no proveer toda o parte de la información que se solicita, podría impedirnos tomar una decisión correcta y oportuna sobre cualquier reclamación presentada y puede resultar en la pérdida de beneficios.

Usaremos la información que usted proporcione para autorizar un pago global por fallecimiento. Podemos compartir su información para los siguientes propósitos, llamados usos de rutina:

- A contratistas y otras agencias federales, según sea necesario, con el fin de ayudarnos en la administración eficiente de nuestros programas. Divulgaremos información bajo este uso rutinario solo en situaciones en las que podamos celebrar un acuerdo contractual o similar para obtener asistencia para cumplir una función del Seguro Social relacionada con este sistema de registros; y
- A estudiantes voluntarios, personas que trabajan bajo un contrato de servicios personales y otros trabajadores que técnicamente no tienen el estatus de empleados federales, cuando realizan trabajos para el Seguro Social, según lo autorizado por la ley, y necesitan acceso a información de identificación personal del Seguro Social. registros para realizar las funciones asignadas de la agencia.

Es posible que también compartamos su información de acuerdo con la *Ley de Confidencialidad* y otras leyes federales. Por ejemplo, cuando esté autorizado, podremos usar y divulgar esta información por medio de programas de cotejo por computadora en donde nuestros registros son comparados con otros registros para establecer o verificar si la persona tiene derecho a los programas de beneficios federales y para el cobro de deudas delincuentes bajo estos programas.

Una lista de usos rutinarios está disponible en nuestro *Privacy Act System of Records Notices* (Sistema de avisos de registros de la *Ley de Confidencialidad*, SORN, por sus siglas en inglés) 60-0089, titulado *Claims Folders System* (Sistema de archivo de reclamaciones), según publicado en el *Federal Register* (Registro federal, FR, por sus siglas en inglés) el 1 de abril de 2003, en 68 FR 15784, y 60-0320, titulado *Electronic Disability Claim File* (Registro electrónico de reclamaciones por incapacidad), según publicado en el FR el 22 de diciembre de 2003, en 68 FR 71210. Puede encontrar más información y un listado completo de todos nuestros SORN en nuestro sitio de internet www.socialsecurity.gov/privacy (solo disponible en inglés).

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites – La recopilación de esta información cumple con los requisitos estipulados por 44 U.S.C. § 3507, según enmendado por la sección 2 de la *Ley de Reducción de Trámites de 1995*. No se le requiere contestar ninguna de estas preguntas a menos que mostremos un número de control válido expedido por la Oficina de Gerencia y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). **ENVÍE o LLEVE EL FORMULARIO LLENO A SU OFICINA LOCAL DEL SEGURO SOCIAL.** Puede encontrar su oficina local del Seguro Social a través del sitio de internet del Seguro Social en www.segurosocial.gov. Las oficinas también aparecen en la lista de su directorio telefónico bajo las agencias gubernamentales de los EE. UU., o puede llamar al 1-800-772-1213 y oprima el 7 para español (TTY 1-800-325-0778). *Puede enviar sus comentarios sobre nuestro cálculo de tiempo a: SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD 21235-6401. Envíe a esta dirección solo sus comentarios relacionados con nuestro cálculo de tiempo, no envíe el formulario lleno.*
