

## SOLICITUD DEL PAGO GLOBAL POR FALLECIMIENTO\*

### (Application for Lump-sum Death Payment)

**Yo solicito todos los beneficios de seguro a los cuales tengo derecho bajo el Título II (Seguro Federal de Jubilación, Sobrevivientes e Incapacidad) de la Ley del Seguro Social, según actualmente enmendada, bajo el registro de ganancias de la persona fallecida.**

(Esta solicitud tiene que ser presentada a no más tardar de 2 años después de la fecha de defunción del trabajador asalariado o persona que tenía su propio negocio.)

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

1.	(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) Marque con una «X» para la persona fallecida.	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
	(c) Escriba el número de Seguro Social de la persona fallecida.	
2.	Escriba su nombre en LETRA DE MOLDE.	NOMBRE, INICIAL, APELLIDO
3.	Escriba la fecha de nacimiento de la persona fallecida. (Mes, día, año)	
4.	(a) Escriba la fecha de defunción. (Mes, día, año)	
	(b) Escriba el lugar de defunción. (Ciudad y estado)	
5.	(a) ¿Presentó alguna vez la persona fallecida una solicitud para beneficios de Seguro Social, 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"/> Se Desconoce (Si la respuesta es «Sí», conteste la (b) y la (c).)      (Si la respuesta es «No» o «Se Desconoce» continúe a la pregunta 6.)
	(b) Escriba el/los nombre(s) de la(s) persona(s) en cuyo(s) registro(s) de Seguro Social se sometió la otra solicitud.	NOMBRE, INICIAL, APELLIDO
	(c) Escriba los números de Seguro Social de las personas mencionadas en (b). (Si los desconoce, escriba, «Se desconoce».)	
6.	<b>CONTESTE LA PREGUNTA 6 SOLO SI LA PERSONA FALLECIDA TRABAJÓ DURANTE LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS.</b>	
	(a) ¿Cómo cuánto devengó la persona fallecida entre empleos y trabajo por cuenta propia durante el año en que falleció?	Cantidad \$
	(b) ¿Cómo cuánto devengó la persona fallecida el año antes de su fallecimiento?	Cantidad \$
7.	<b>CONTESTE LA PREGUNTA 7 SOLO SI LA PERSONA FALLECIDA FALLECIÓ ANTES DE LOS 66 AÑOS DE EDAD Y EN LOS ÚLTIMOS 4 MESES.</b>	
	(a) ¿Estuvo la persona fallecida incapacitada para trabajar debido a enfermedades, lesiones o condiciones en el momento en que falleció?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es «Sí», conteste la (b).)      (Si la respuesta es «No», continúe a la pregunta 8.)
	(b) Escriba la fecha en que la persona fallecida se incapacitó para trabajar.	Mes, día, año
8.	(a) ¿Estuvo la persona fallecida en el servicio militar o de 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 <input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es «Sí», conteste la (b) y la (c).)      (Si la respuesta es «No», continúe a la pregunta 9.)
	(b) Escriba las fechas de servicio.	Desde: Mes, año      Hasta: Mes, año

(c) ¿Ha recibido alguien (incluso la persona fallecida) o espera alguien recibir un beneficio de alguna otra agencia federal?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
9. ¿Trabajó la persona fallecida en la industria ferroviaria por más de 7 años?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
10. (a) ¿Trabajó la persona fallecida bajo el sistema de Seguro Social de algún otro país, además de los EE. UU.?		<input type="checkbox"/> Sí (Si la respuesta es «Sí», continúe a la (b).)	<input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es «No», continúe a la pregunta 11.)
(b) Si contesta «Sí» a la pregunta «a», escriba el(los) nombre(s) del país (o de los países).			
11. (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 11 (b) si la persona fallecida tuvo matrimonios anteriores o a la pregunta 12 si la persona fallecida nunca se casó.		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Nombre del cónyuge (incluso, el apellido de soltera)		Cuándo (Mes, día, año)	Dónde (Nombre de la ciudad y del estado)
Cómo terminó el matrimonio		Cuándo (Mes, día, y año)	Dónde (Nombre de la ciudad y 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 Número de Seguro Social del cónyuge (Si se desconoce, escriba, «Se desconoce».)
(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 (incluso, el apellido de soltera)		Cuándo (Mes, día, año)	Dónde (Nombre de la ciudad y del estado)
Cómo terminó el matrimonio		Cuándo (Mes, día, y año)	Dónde (Nombre de la ciudad y 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, indique la fecha de defunción.
Número de Seguro Social del cónyuge (Si se desconoce, escriba, «Se desconoce».)			
(c) Si el fallecido tiene un hijo(s) sobreviviente(s) como se define en la pregunta número 12 y el fallecido estaba casado con la madre o el padre del niño(s), pero el matrimonio terminó en divorcio, escriba la información sobre el matrimonio si no está escrita en la pregunta número 11 (b). Si no hay matrimonios anteriores o si la información no está disponible, por favor indíquelo a continuación.			
Nombre del cónyuge (incluso, el apellido de soltera)		Cuándo (Mes, día, año)	Dónde (Nombre de la ciudad y del estado)
Cómo terminó el matrimonio		Cuándo (Mes, día, y año)	Dónde (Nombre de la ciudad y 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, indique la fecha de defunción.
Número de Seguro Social del cónyuge (Si se desconoce, escriba, «Se desconoce».)			
12. Los hijos y nietos dependientes de la persona fallecida que pueden tener derecho a recibir los beneficios bajo el registro de ganancias del fallecido. (Hijos incluyen: hijos biológicos, adoptivos e hijastros. Nietos dependientes incluyen: nietastros.)			
Escriba el nombre de <b>TODOS</b> los hijos <b>SOLTEROS</b> en los últimos 12 meses, y:			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eran menores de 18 años de edad;</li> <li>• Entre los 18 y 19 años de edad que todavía están asistiendo a la escuela a tiempo completo; o</li> <li>• Incapacitados o impedidos (mayores de 18 años y que su incapacidad comenzó antes de cumplir los 22 años de edad).</li> </ul>			
<b>(Si no hay hijos en estas categorías, escriba «Ninguno».)</b>			

Nombre completo del niño	Nombre completo del niño

13. ¿Existe un padre (o padres) sobreviviente que estaba recibiendo apoyo económico al momento de la persona fallecida o cuando la persona fallecida se incapacitó de acuerdo la Ley del Seguro Social?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	(Si la respuesta es «Sí», escriba el nombre y la dirección en «Comentarios».)	
14. ¿Ha solicitado usted (el reclamante) algún tipo de beneficio de parte del Seguro Social bajo el registro de ganancias de la persona fallecida?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

**NOTA ACLARATORIA: Si hay un cónyuge sobreviviente conteste la pregunta 15. De lo contrario, omita las preguntas de la 15 a la 18.**

15. Si usted, el reclamante, no es cónyuge sobreviviente, escriba a continuación el nombre y la dirección del cónyuge sobreviviente.		
16. (a) ¿Estaban viviendo juntos usted y la persona fallecida en la misma dirección al momento del fallecimiento?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	(Si la respuesta es «Sí», continúe a la pregunta 17.)	
	(Si la respuesta es «No», continúe a la (b).)	
(b) Si la persona fallecida o su cónyuge estaba ausente (temporal o permanentemente) del hogar al momento del fallecimiento, por favor conteste la siguiente pregunta y provea la información solicitada:		
¿Quién estaba ausente? <input type="checkbox"/> La persona fallecida <input type="checkbox"/> El cónyuge sobreviviente		
Fecha de la última vez que la persona ausente estuvo en el hogar.	Razón por la cual empezó la ausencia.	Razón por la cual estaban separados en la fecha de la muerte.
Si estaban separados debido a una enfermedad, escriba aquí el nombre de la enfermedad o incapacidad.		

**Si usted es el cónyuge sobreviviente y es menor de 66 años de edad, por favor conteste la pregunta 17.**

17. (a) ¿Es su incapacidad tan pronunciada que no puede trabajar o estuvo incapacitado en algún momento durante los últimos 14 meses?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
(b) Si contesta «Sí», escriba la fecha en que se incapacitó.	(Mes, día, año)	

**Conteste la pregunta 18 SOLO si usted es el cónyuge sobreviviente.**

18. ¿Estuvo casado antes de casarse con la persona fallecida? Si contesta «Sí», escriba la información sobre sus matrimonios anteriores que duraron al menos 10 años o terminaron debido al fallecimiento del cónyuge. Si se divorció y luego se volvió a casar con la misma persona dentro del año 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 necesita más espacio escriba la información en la sección de «Comentarios» o incluya una hoja de papel por separado.			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Nombre del cónyuge (incluso, el apellido de soltera)	¿Cuándo? (Mes, día, y año)	¿Dónde? (Nombre de la ciudad y del estado)		
Cómo terminó el matrimonio	¿Cuándo? (Mes, día, y año)	¿Dónde? (Nombre de la ciudad y del 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.		
Número de Seguro Social del cónyuge (Si se desconoce, escriba, «Se desconoce».)	Para información adicional sobre los beneficios de sobrevivientes, vaya a nuestra publicación en <a href="http://www.segurosocial.gov">www.segurosocial.gov</a>			

**COMENTARIOS:** (Usted puede usar este espacio para cualquier explicación. Si necesita más espacio, adjunte una hoja suelta.)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Yo declaro bajo pena de perjurio que he examinado toda la información en este formulario y en cualquier documento o declaración adjunta, y que la misma está correcta según mi mejor entendimiento.

<b>FIRMA DEL SOLICITANTE</b>	Fecha (Mes, día, año)	
Firma (Nombre, inicial, apellido) (Escriba en tinta)	Número(s) de teléfono(s) diurno en (los) que nos podamos comunicar con usted	
	Código de área	
<b>Dirección postal del solicitante (Número y calle, núm. de apartamento, Apdo. postal, o ruta rural) (Escriba su dirección residencial en «Comentarios», si es distinta.)</b>		
Ciudad y estado	Zona postal	Escriba el nombre del condado (si corresponde) donde reside actualmente
<b>Información de pago de depósito directo (institución financiera)</b>		
Número de ruta bancaria	Número de cuenta	<input type="checkbox"/> Cuenta de cheques <input type="checkbox"/> Inscrito en Direct Express <input type="checkbox"/> Cuenta de ahorros <input type="checkbox"/> Depósito directo rechazado
Se requieren testigos SÓLO si esta solicitud ha sido firmada 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 que lee, Firma.		
1. Firma del testigo	2. Firma del testigo	
Dirección (Número y calle, ciudad, estado y zona postal)	Dirección (Número y calle, ciudad, estado y zona postal)	

**RECIBO DE SU RECLAMACIÓN PARA RECIBIR EL PAGO GLOBAL POR FALLECIMIENTO**

NÚMERO DE TELÉFONO PARA LLAMAR SI TIENE PREGUNTAS O ALGO QUE INFORMAR	OFICINA DEL SEGURO SOCIAL	FECHA DE RECIBO DE SU RECLAMACIÓN
NÚMERO DE TELÉFONO		

**RECIBO DE SU RECLAMACIÓN**

Su solicitud para recibir los beneficios de Seguro Social ha sido recibida y será procesada lo más pronto posible.

Le haremos saber nuestra decisión dentro de \_\_\_\_\_ días después que nos haya presentado toda la información que le solicitamos. Algunas reclamaciones toman más tiempo si se necesita información adicional.

Mientras tanto, si tiene un cambio de dirección, o si hay algún otro cambio que puede afectar su reclamación, usted - o alguien a su favor - debe informar el cambio.

Siempre nos debe hacer saber su número de reclamación cuando escriba o llame sobre su reclamación.

Con mucho gusto le ayudaremos si tiene preguntas sobre su reclamación.

RECLAMANTE	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DE LA RECLAMACIÓN
NOMBRE DE LA PERSONA FALLECIDA ( <i>Si es diferente al de la persona que presenta la reclamación.</i> )	

**AVISO DE LA LEY DE CONFIDENCIALIDAD**

La sección 202 de la Ley del Seguro Social, según enmendada, nos autoriza a recopilar la información solicitada en este formulario. El contestar las preguntas en este formulario es voluntario. Sin embargo, de no presentar parte o toda la información que se solicita, posiblemente impida el que tomemos una decisión exacta y oportuna en cualquier reclamación presentada o podría resultar en la pérdida de beneficios proveídos por la Administración del Seguro Social.

Usaremos la información que presente para determinar el pago global por fallecimiento a un conyuge sobreviviente o hijos, como se define en la Sección 202. También podemos compartir su información para los siguientes propósitos, llamados usos de rutina:

- La información puede divulgarse a contratistas y otras agencias federales, según sea necesario, con el fin de asistir al Seguro Social en la administración eficiente de sus programas. Contemplamos divulgar información bajo este uso rutinario solo en situaciones en las que el Seguro Social puede tener un acuerdo contractual o similar con un tercero para ayudar a cumplir una función de agencia relacionada con este sistema de registros; y
- A una oficina del Congreso en respuesta a una consulta de esa oficina hecha a pedida del sujeto de un registro.

Además, podemos compartir esta información de acuerdo con la Ley de Privacidad y otras leyes federales. Por ejemplo, cuando esté autorizado, podemos usar y divulgar esta información en programas de comparación por computadoras, en los que nuestros los registros se comparan con otros registros para establecer o verificar el tener derecho de una persona para programas de beneficios federales y para el pago de deudas incorrectas o delincuentes bajo estos programas.

Una lista de usos de rutina adicionales está disponible en el Sistema de registro de avisos (Systems of Record Notice) 60-0089, titulado Sistema de registro de reclamos (Claims Folders Systems) tal publicado en el Registro Federal (Federal Register [FR]) el 1 de abril de 2003, en 68 FR 15784. Información adicional correspondiente a este sistema y a nuestros programas están a su disposición por internet en [www.ssa.gov/privacy](http://www.ssa.gov/privacy) (solo disponible en inglés).

**Declaración de la Ley de Reducción de Trámites** - La recopilación de esta información cumple con los requisitos pautados por 44 U.S.C. § 3507, según enmendado por la sección 2 de La Ley de Reducción de Trámites del 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. Calculamos que le tomará como aproximadamente 10 minutos para leer las instrucciones, recopilar la información necesaria y contestar las preguntas. **Solo envíe los comentarios relacionados con nuestro cálculo de tiempo que le tomaría en llenar el formulario a:** SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD 21235-6401.