

ΑΠΕΥΘΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΕΣΗ - ΕΝΤΥΠΟ ΕΓΓΡΑΦΗΣ (ΕΛΛΑΔΑ)

ΑΙΤΗΣΗ ΠΛΗΡΩΜΗΣ ΜΗΝΙΑΙΩΝ ΠΑΡΟΧΩΝ UNITED STATES SOCIAL SECURITY ΜΕ ΑΠΕΥΘΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΕΣΗ

- Συμπληρώστε το Τμήμα 1 και **"ΥΠΟΓΡΑΨΤΕ."**
- Ζητήστε από την τράπεζά σας να συμπληρώσει το Τμήμα 3.
- Ταχυδρομήστε το συμπληρωμένο έντυπο χρησιμοποιώντας τη διεύθυνση στο Τμήμα 2

ΤΜΗΜΑ 1 (ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟ)

Όνομα και πλήρης διεύθυνση αλληλογραφίας:	- ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ SOCIAL SECURITY -		B.I.C (Προαιρετικό)
	Όνοματεπώνυμο δικαιούχου παροχών		
ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ:	ΑΥΤΟ ΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΓΙΑ ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΠΑΡΑΚΡΑΤΗΣΗ ΠΛΗΡΩΜΗΣ (εάν		
	ΤΥΠΟΣ	ΠΟΣΟ	
ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ Εγώ (δικαιούχος ή εκπρόσωπος δικαιούχου) πιστοποιώ ότι έχω διαβάσει και κατανοήσει το οπισθόφυλλο αυτού του εντύπου. Με την υπογραφή αυτού του εντύπου, εξουσιοδοτώ το Social Security Administration να στείλει αυτήν την πληρωμή στο χρηματοπιστωτικό ίδρυμα που αναφέρεται στο Τμήμα 3 και να την καταθέσει στον καθορισμένο λογαριασμό. Κατανοώ ότι τα προσωπικά στοιχεία σε αυτές τις πληρωμές είναι εμπιστευτικά, αλλά συμφωνώ να αποκαλυφθούν οι απαιτούμενες από τον νόμο πληροφορίες πληρωμής ή οι πληροφορίες που είναι απαραίτητες για την προστασία από απάτη ή έγκλημα.	ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ ΚΟΙΝΟΥ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ (προαιρετικό) Βεβαιώνω ότι έχω διαβάσει και κατανοήσει το οπισθόφυλλο αυτού του εντύπου, συμπεριλαμβανομένης της ΕΙΔΙΚΗΣ ΕΙΔΟΠΟΙΗΣΗΣ ΠΡΟΣ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥΣ ΚΟΙΝΩΝ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΩΝ.		
ΥΠΟΓΡΑΦΗ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ ΚΟΙΝΟΥ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
ΕΙΣΤΕ Ο ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΣ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	Αυτός ο λογαριασμός είναι <input type="checkbox"/> Δικός μου λογαριασμός <input type="checkbox"/> Κοινός λογαριασμός		
Ημερομηνία γέννησης δικαιούχου			

ΤΜΗΜΑ 2 (ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ)

ΟΝΟΜΑ ΚΥΒΕΡΝΗΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ: SOCIAL SECURITY ADMINISTRATION	ΤΑΧΥΔΡΟΜΗΣΤΕ ΤΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΕΝΑ ΕΝΤΥΠΑ ΠΡΟΣ: Federal Benefits Unit U.S. Embassy 91 Vasilisis Sophias Avenue 101 60 Athens Greece
--	--

ΤΜΗΜΑ 3 (ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΤΡΑΠΕΖΑ ΣΑΣ) Ο ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΣ ΑΥΤΟΣ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΣΕ ΕΥΡΩ

ΟΝΟΜΑ ΤΡΑΠΕΖΑΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ ΤΡΑΠΕΖΑΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΤΡΑΠΕΖΑΣ	
ΟΝΟΜΑ ΤΟΥ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ ΤΗΣ ΤΡΑΠΕΖΑΣ (ΜΕ ΚΕΦΑΛΑΙΑ)	ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ ΤΗΣ ΤΡΑΠΕΖΑΣ

Γράψτε (με κεφαλαία) τον αριθμό **IBAN** στα παρακάτω τετραγωνάκια. Συμπληρώστε όλα τα τετραγωνάκια.

Γράψτε (με κεφαλαία) ολόκληρο τον κωδικό **SWIFT / BIC** στα παρακάτω τετραγωνάκια.

ΣΗΜΑΝΤΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ - ΔΙΑΒΑΣΤΕ ΠΡΟΣΕΚΤΙΚΑ

Οι πληροφορίες που παρέχετε με αυτό το έντυπο είναι εμπιστευτικές. Χρειαζόμαστε τις πληροφορίες για να στείλουμε ηλεκτρονικά τις πληρωμές σας από το U.S. Social Security στον τραπεζικό λογαριασμό σας στην Ελλάδα.

ΠΟΤΕ ΘΑ ΛΑΒΕΤΕ ΤΙΣ ΠΛΗΡΩΜΕΣ ΣΑΣ ΜΕ ΑΠΕΥΘΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΕΣΗ

Θα λάβετε την πληρωμή σας μέσω του τραπεζικού συστήματος της Ελλάδας και, συνήθως, θα βρίσκεται στον τραπεζικό σας λογαριασμό λίγο μετά την κανονική ημερομηνία πληρωμής. Με την απευθείας κατάθεση, θα έχετε άμεση πρόσβαση στα χρήματά σας. Αυτός είναι ο ασφαλέστερος τρόπος να λάβετε τις παροχές σας.

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΤΑΤΡΟΠΗ ΤΟΥ ΣΥΝΑΛΛΑΓΜΑΤΟΣ

Με απευθείας κατάθεση, η πληρωμή σας από το U.S. Social Security μετατρέπεται αυτομάτως σε Ευρώ (εάν ισχύει) με την ισχύουσα ημερήσια διεθνή συναλλαγματική ισοτιμία πριν κατατεθεί στον λογαριασμό σας.

****ΕΙΔΙΚΗ ΕΙΔΟΠΟΙΗΣΗ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΚΑΤΟΧΟΥΣ ΚΟΙΝΟΥ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ****

Εάν έχετε κοινό λογαριασμό με άτομο που λαμβάνει πληρωμές Social Security και το άτομο αυτό πεθάνει, πρέπει να επικοινωνήσετε αμέσως με την Τράπεζά σας και το Social Security Administration ή το Federal Benefits Unit (**Μονάδα Ομοσπονδιακών Παροχών**) στην περιοχή σας. Πρέπει να επιστρέψετε στο Social Security τυχόν πληρωμές που κατατέθηκαν σε κοινό λογαριασμό μετά το θάνατο του δικαιούχου

ΕΑΝ ΑΛΛΑΞΕΙ Η ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΑΣ

Εάν αλλάξει η διεύθυνσή σας, πρέπει να ενημερώσετε το Federal Benefits Unit (**Μονάδα Ομοσπονδιακών Παροχών**) ή το Social Security Administration. Οι πληρωμές σας ενδέχεται να σταματήσουν εάν το Social Security Administration πρέπει να επικοινωνήσει μαζί σας και δεν μπορεί να βρει την τοποθεσία σας.

ΑΛΛΑΓΗ ΤΡΑΠΕΖΑΣ Ή ΤΡΑΠΕΖΙΚΟΥ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ

Εάν αλλάξετε την τράπεζα ή τον λογαριασμό σας, πρέπει να ενημερώσετε ένα από τα εξής γραφεία:

Federal Benefits Unit
U.S. Embassy
91 Vasilisis Sophias Avenue
101 60 Athens
Greece

Social Security Administration
Office of Earnings and International Operations
Division Of International Operations
PO Box 17769
Baltimore, MD
21235-7769
USA

Ίσως χρειαστεί να συμπληρώσετε ένα νέο έντυπο εγγραφής Απευθείας Κατάθεσης. **Μην κλείσετε τον παλιό σας λογαριασμό μέχρι να αρχίσουν να κατατίθενται πληρωμές στο νέο λογαριασμό σας**

Privacy Act Statement Collection and Use of Personal Information

Το άρθρο 205(α) του νόμου περί Social Security, όπως τροποποιήθηκε, μας επιτρέπει να συγκεντρώνουμε αυτές τις πληροφορίες. Η παροχή αυτών των πληροφοριών προς εμάς είναι εθελοντική. Ωστόσο, η μη παροχή όλων ή μέρους των πληροφοριών ενδέχεται να σας εμποδίσει να λάβετε πληρωμές παροχών μέσω ξένων χρηματοπιστωτικών ιδρυμάτων.

Θα χρησιμοποιήσουμε τις πληροφορίες που παρέχετε για να διεκπεραιώσουμε τις πληρωμές παροχών με το χρηματοπιστωτικό σας ίδρυμα. Ενδέχεται επίσης να κοινοποιήσουμε τις πληροφορίες σας για τους εξής σκοπούς, που ονομάζονται συνήθεις χρήσεις:

- Προς το Department of State (**Υπουργείο Εξωτερικών**) και τους αντιπροσώπους του που είναι υπεύθυνοι για τη διαχείριση του Νόμου σε ξένες χώρες μέσω γραφείων και υπηρεσιών του εν λόγω οργανισμού, και
- Προς τρίτους, όπου είναι απαραίτητο, για τη δημιουργία ή την επαλήθευση πληροφοριών που παρέχονται από αντιπροσώπους του δικαιούχου ή αιτούντες δικαιούχους.

Επιπλέον, ενδέχεται να κοινοποιήσουμε αυτές τις πληροφορίες σύμφωνα με το Privacy Act (**Νόμος περί απορρήτου**) και άλλους ομοσπονδιακούς νόμους. Παραδείγματος χάριν, όπου επιτρέπεται, ενδέχεται να χρησιμοποιήσουμε και να αποκαλύψουμε αυτές τις πληροφορίες σε υπολογιστικά προγράμματα αντιστοίχισης, στα οποία τα αρχεία μας συγκρίνονται με άλλα αρχεία για να διαπιστώσουμε ή να επαληθεύσουμε την επιλεξιμότητα ενός ατόμου για προγράμματα ομοσπονδιακών παροχών και για την αποπληρωμή λανθασμένων ή καθυστερημένων χρεών βάσει αυτών των προγραμμάτων.

Ένας κατάλογος με πρόσθετες συνήθεις χρήσεις είναι διαθέσιμος στο Privacy Act System of Records Notices (**Ειδοποιήσεις συστήματος εγγραφών του Νόμου περί απορρήτου**) (SORN) 60-0089, με τίτλο Claims Folders Systems (**Συστήματα φακέλων αιτημάτων**), όπως δημοσιεύτηκε στο Federal Register (**Ομοσπονδιακό Μητρώο**) (FR) την 1η Απριλίου 2003 στο 68 FR 15784 και 60-0090, με τίτλο Master Beneficiary Record (**Εγγραφή Κύριου Δικαιούχου**), όπως δημοσιεύτηκε στο FR στις 11 Ιανουαρίου 2006 στο 71 FR 1826. Πρόσθετες πληροφορίες και ένας πλήρης κατάλογος όλων των SORNs είναι διαθέσιμα στον δικτυακό μας τόπο στην ηλ. διεύθυνση <https://www.ssa.gov/privacy> (διατίθεται μόνο στα Αγγλικά).

Paperwork Reduction Act Statement (Δήλωση περί μείωσης εγγράφων)

Οι πληροφορίες αυτές συγκεντρώνονται σύμφωνα με τις απαιτήσεις του 44 U.S.C. § 3507, όπως τροποποιήθηκε με το Τμήμα 2 του Paperwork Reduction Act (**Νόμος περί μείωσης εγγράφων**) του 1995. Δεν χρειάζεται να απαντήσετε σε αυτές τις ερωτήσεις, εκτός εάν εμφανίσουμε έναν έγκυρο αριθμό ελέγχου από το Office of Management and Budget (**Γραφείο Διαχείρισης και Προϋπολογισμού**). Εκτιμάται ότι θα χρειαστούν περίπου 5 λεπτά για να διαβάσετε τις οδηγίες, να συγκεντρώσετε τα στοιχεία και να απαντήσετε στις ερωτήσεις. **ΑΠΟΣΤΟΛΗ Ή ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΗ ΤΟΥ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΕΝΟΥ ΕΝΤΥΠΟΥ ΣΤΟ ΤΟΠΙΚΟ ΣΑΣ ΓΡΑΦΕΙΟ SOCIAL SECURITY. Μπορείτε να βρείτε το τοπικό σας γραφείο Social Security μέσω του δικτυακού τόπου SSA στην ηλ. διεύθυνση www.socialsecurity.gov (διατίθεται μόνο στα Αγγλικά). Κατάλογοι των γραφείων υπάρχουν επίσης στις κυβερνητικές υπηρεσίες των ΗΠΑ στον τηλεφωνικό σας κατάλογο ή μπορείτε να τηλεφωνήσετε στο Social Security στον αρ. 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778). Μπορείτε να στείλετε σχόλια σχετικά με την παραπάνω εκτίμηση του απαιτούμενου χρόνου στη διεύθυνση: SSA, 6401 Security Blvd, Baltimore, MD 21235-6401. Στείλτε μόνο σχόλια σχετικά με την εκτίμηση του χρόνου σε αυτήν τη διεύθυνση, και όχι το συμπληρωμένο έντυπο.**