

Solicitud de cambio en la tasa de recuperación de sobrepago

¿Cuándo llenar este formulario?

Llene este formulario si está solicitando que ajustemos la tasa actual de retención para recuperar su sobrepago porque no puede cubrir sus gastos de subsistencia necesarios. Usaremos sus respuestas para decidir si podemos reducir la cantidad que debe reembolsarnos cada mes.

IMPORTANTE: Por favor, conteste las siguientes preguntas lo mejor que pueda. Si está respondiendo las preguntas de otra persona, marque las casillas y responda cada pregunta según corresponda a la persona a quien le pagaron en exceso.

SECCIÓN 1 - PREGUNTAS SOBRE SU IDENTIDAD

1.	A. ¿Cuál es el nombre, el Número de Seguro Social y el número de reclamación (si corresponde) de la persona con el sobrepago? Nombre: Número de Seguro Social: (SSN, por sus siglas en inglés): Número de reclamación:
	B. ¿Es usted la persona con el sobrepago? <input type="checkbox"/> Sí (vaya a la pregunta 2) <input type="checkbox"/> No (vaya la pregunta 1.C)
	C. Si usted no es la persona con el sobrepago, ¿cuál es su relación con la persona con el sobrepago? (Marque todas las casillas que apliquen) <input type="checkbox"/> Soy el padre de la persona con el sobrepago. <input type="checkbox"/> Soy el representante de la persona con el sobrepago. <input type="checkbox"/> Soy el cónyuge de la persona con el sobrepago. <input type="checkbox"/> Soy el tutor legal de la persona con el sobrepago. <input type="checkbox"/> Otro, por favor explique: _____ _____ _____
	D. Si no es la persona con el sobrepago, ¿cuál es su nombre o el nombre de la organización que representa? Nombre:
2.	Por favor, marque todas las casillas que apliquen: <input type="checkbox"/> Estoy recibiendo beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés). <input type="checkbox"/> Estoy recibiendo Ayuda Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés). <input type="checkbox"/> Recibo una pensión del Departamento de Asuntos de los Veteranos de los EE. UU. (VA, por sus siglas en inglés) basada en necesidad económica. <input type="checkbox"/> Estoy recibiendo beneficios de Seguro Social. <input type="checkbox"/> No estoy recibiendo beneficios.
3.	Ingrese la cantidad total que debe: \$
4.	Ingrese la cantidad que puede pagar o la cantidad que podamos retener de su pago mensual: \$

Su estado de cuenta financiero

Documentos que respaldan sus declaraciones:

Por favor, responda todas las preguntas y envíe cualquier documento de respaldo con su solicitud. Sus documentos de respaldo no deben tener más de 3 meses desde la fecha en que solicita un cambio en la tasa de reembolso.

Ejemplos de documentos de respaldo son:

- Alquiler actual o información de la hipoteca
- 2 o 3 facturas recientes de servicios públicos, médicas, de tarjeta de débito y de seguros
- Cheques cancelados
- Estados de cuenta bancarios recientes (cuenta de cheque o de ahorro)
- Talonarios de su nómina de sueldos actuales
- Su declaración de impuestos más reciente

Por favor escriba solamente las cantidades en dólares. Redondeé cualquier centavo al dólar más cercano. Si necesita más espacio para las respuestas, use la sección «Comentarios» en la parte inferior de la página 6.

SECCIÓN 2 - BIENES - COSAS QUE TIENE Y POSEE

5. A. ¿Cuánto dinero tiene en su poder? \$

B. Enumere todas sus cuentas financieras. Ejemplos de cuentas que debe incluir son: cuentas de cheques, por internet (por ejemplo, PayPal), ahorros, certificado de depósito (CD, por sus siglas en inglés), cuenta de jubilación individual (IRA, por sus siglas en inglés), dinero o fondos mutuos, acciones, bonos, fondos de fideicomiso, tarjetas de débito prepagas o cualquier otra cuenta.

Tipo de cuenta	Nombre y dirección de la institución	Nombre que aparece en la cuenta	Saldo o valor	Ingresos por mes (intereses o dividendos)	Número de cuenta
TOTALES \$					

6. A. ¿Es propietario de más de un vehículo familiar, incluyendo un automóvil, un vehículo utilitario deportivo (SUV, por sus siglas en inglés), un camión, una camioneta, una casa móvil, una motocicleta, un bote o cualquier otro vehículo?

Sí (liste todos los vehículos a continuación) No (vaya a 6.B)

Propietario	Año/Marca/Modelo	Valor al presente	Saldo del préstamo (si los hay)	Propósito principal de uso
VALOR CONTABLE TOTAL \$				

(Las opciones continúan en la página siguiente)

6. B. ¿Es usted dueño de algunos otros bienes raíces que no sea en donde vive?

 Sí (liste a continuación)
 No (vaya a 6.C)

Propietario	Descripción	Valor en el mercado	Saldo del préstamo (si los hay)	Cantidad de ingresos
TOTALES \$				

C. ¿Es propietario o tiene interés en algún negocio, propiedad u objetos de valor?

 Sí (liste a continuación)
 No (vaya a 7)

Propietario	Descripción	Valor en el mercado	Saldo del préstamo (si los hay)	Cantidad de ingresos
TOTALES \$				

SECCIÓN 3 - INGRESOS MENSUALES DEL HOGAR

La siguiente pregunta es sobre sus ingresos mensuales para llevar a casa. Anote sus ingresos para llevar a casa y marque la casilla para ver si recibe su pago semanalmente, cada 2 semanas, dos veces al mes o mensualmente. Agregue la cantidad mensual en la línea 9.A.

7. ¿Está usted empleado? Sí (proporcione información a continuación) No

Nombre, dirección y teléfono del empleador: (Si trabaja por «cuenta propia» escríbalo)	Ingresos mensuales (netos) para llevar a casa o si trabaja por cuenta propia:	\$
	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes	

8. A. ¿Recibe apoyo o contribuciones de alguna persona u organización?

 Sí (vaya a la pregunta 8.B)
 No (vaya a la pregunta 9)

B. ¿Recibe el apoyo bajo un acuerdo de préstamo?

 Sí (vaya a la pregunta 9)
 No (vaya a la pregunta 8.C)

C. ¿Cuánto dinero recibe cada mes? (Muestre esta cantidad en la línea I de la pregunta 9)

\$	Fuente	
		FOR SSA USE ONLY (para uso oficial solamente)
	Ingresos (Asegúrese de mostrar las cantidades mensuales a continuación)	Sus ingresos
	A. Ingresos (netos) mensuales para llevar a casa (de la pregunta 7)	
	B. Beneficios del Seguro Social (jubilación, incapacidad, cónyuge sobreviviente, estudiantes, etc.)	
	C. Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	

(Las opciones continúan en la página siguiente)

9.	D. Pensiones (VA, servicio militar, servicio civil, ferroviaria, etc.)	Tipo		
		Tipo		
	E. Beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés)			
	F. Ingresos de bienes raíces, negocios, etc. (de las preguntas 6.B y 6.C)			
	G. Pagos por alojamiento y/o comida de una persona que no es un Dependiente. Explique en la sección de comentarios a continuación.			
	H. Manutención de niños/pensión alimenticia			
	I. Otra manutención (de la pregunta 8.C)			
	J. Ingresos de bienes (de la pregunta 5.B)			
	K. Otro (de cualquier fuente, explique en la sección de comentarios a continuación)			
		TOTAL \$		
COMENTARIOS:				

SECCIÓN 4 - GASTOS MENSUALES DEL HOGAR

NO incluya un gasto que se retenga de su cheque de pago (como seguro médico, manutención de niños, pensión alimenticia, embargos de sueldo, etc.). (Asegúrese de mostrar las cantidades **mensuales** promedio en el número 10). Por favor, escriba solamente las cantidades en dólares. Redondee cualquier centavo al dólar más cercano.

10.	Tipo de gasto	\$ Por mes	FOR SSA USE ONLY (para uso oficial solamente)
	A. Alquiler o hipoteca (si el pago de la hipoteca incluye impuestos a la propiedad u otros impuestos locales, seguros, etc., NO tiene que mencionarlos a continuación)		
	B. Alimentos (comestibles, incluidos los alimentos comprados con los beneficios de SNAP, y alimentos en restaurantes, trabajo, etc.)		
	C. Servicios públicos (gas, electricidad, teléfono (celular y fijo), internet, recolección de basura, agua y alcantarillado)		
	D. Otros combustibles para calefacción/cocina (aceite, propano, carbón, madera, etc.)		
	E. Vestimenta		
	F. Artículos para el hogar (artículos de higiene personal, etc.)		
	G. Impuesto de propiedad (estatal y local)		
	H. Seguro (vida, salud, incendio, propietario de vivienda, arrendatario, automóvil y cualquier otro seguro contra accidentes o responsabilidad civil)		

(Las opciones continúan en la página siguiente)

10.	I. Médico/Dental (recetas y equipo médico, si no es pagado por el seguro)		
	J. Pago de préstamo/arrendamiento de vehículos		
	K. Mantenimiento del vehículo (gas y reparaciones)		
	L. Otros medios de transporte (autobús, taxi, etc., utilizado para las citas médicas, el trabajo u otros viajes necesarios)		
	M. Matrícula y gastos escolares		
	N. Pagos ordenados por la corte pagados directamente a la corte		
	O. Pagos con tarjeta de crédito (mostrar pago mensual mínimo). NO incluya ningún gasto ya mencionado anteriormente		
	P. Cualquier gasto no mencionado arriba		
	TOTAL		

Comentarios acerca de los gastos: (Por favor, proporcione cualquier información adicional que no esté incluida anteriormente. Además, explique cualquier gasto inusual o muy grande como médico, universidad, etc.)

SECCIÓN 5 - COMPARACIÓN DE INGRESOS Y GASTOS

11.	A. Su ingreso mensual Escriba aquí la cantidad del " Total " de la pregunta 9.	\$	
	B. Sus gastos mensuales Escriba aquí la cantidad del " Total " de la pregunta 10.	\$	
	C. Total Reste B de A.	\$	
12.	Si sus gastos en 11.B son mayores que sus ingresos en 11.A, explique cómo está pagando sus facturas. Si no está pagando sus facturas, explique qué facturas tienen saldos pendientes de pago.		

SECCIÓN 6 - EXPECTATIVA FINANCIERA Y DISPONIBILIDAD DE FONDOS

13. A. ¿Espera recibir una herencia dentro de los próximos 6 meses?

Sí (Explique en línea a continuación) No (vaya a 13.B)

B. ¿Hay alguna razón por la que **no** pueda convertir el "Saldo o el Valor" de cualquiera de los bienes financieros que se muestran en 5.B, 6.A, 6.B o 6.C a efectivo?

Sí (Explique en línea a continuación) No

C. Indique el total de los bienes 5.A, 5.B, 6.A, 6.B y 6.C

TOTAL \$: _____

Comentarios: Si su respuesta es la continuación a una pregunta, por favor, escriba primero el número (y letra, si aplica) de la pregunta.

Multiple horizontal lines for providing comments.

Ley de Confidencialidad Recopilación y uso de información personal

Las secciones 204 y 1631 de la *Ley del Seguro Social*, según enmendada, nos permiten recopilar esta información. Proporcionarnos esta información es voluntario. Sin embargo, no proveer toda o parte de la información puede impedirnos negociar un acuerdo de pago y una determinación precisa y oportuna sobre su solicitud de cambio en su tasa de recuperación de sobrepagos.

Utilizaremos la información que usted provea para determinar si podemos aprobar su solicitud de cambio en su tasa de recuperación de sobrepagos. También podemos compartir la información para los siguientes propósitos, llamados usos de rutina:

- A estudiantes voluntarios y otros trabajadores, que técnicamente no tienen el estatus de empleados federales, cuando desempeñan trabajo para el Seguro Social según lo autorizado por la ley, y necesitan acceso a información de identificación personal en los registros del Seguro Social para desempeñar las funciones que la Agencia les ha asignado; y
- A contratistas y otras agencias Federales, según sea necesario, con el propósito de ayudarnos en la administración eficiente de sus programas. Divulgaremos información bajo este uso rutinario solo en situaciones en las que podamos hacer un acuerdo contractual o similar para obtener asistencia para cumplir una función del Seguro Social relacionada con este sistema de registros.

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

Una lista de usos rutinarios está disponible en nuestro *Privacy Act System of Records Notices* (Sistema de registros de avisos de la *Ley de Confidencialidad*, SORN, por sus siglas en inglés) 60-0094, titulado *Recovery of Overpayments, Accounting and Reporting/Debt Management System* (Sistema de Recuperación de sobrepagos, contabilidad e informes/sistema de administración de deuda, ROAR/DMS, por sus siglas en inglés), según publicado en el *Federal Register* (Registro Federal, FR, por sus siglas en inglés) el 23 de agosto del 2005 en 70 FR 49354; 60-0231, titulado *Social Security Online Accounting and Reporting System* (Sistema de contabilidad e informes y por internet del Seguro Social, según publicado en el *Federal Register* el 14 de enero del 2020 en 85 FR 2224; y 60-0320, titulado *Electronic Disability Claim File* (Registro electrónico de reclamaciones por incapacidad, eDIB, por sus siglas en inglés), según publicado en el *Federal Register* el 4 de junio del 2020, en 85 FR 34477. Información adicional y una lista completa de todos nuestros SORN están disponibles en nuestro sitio de internet en 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 estipulados por 44 U.S.C. § 3507, según enmendado por la sección 2 de *La Ley de Reducción de Trámites de 1995*. No necesita contestar estas preguntas a menos que mostremos un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). Calculamos que le tomará aproximadamente 45 minutos leer las instrucciones, reunir los datos y contestar las preguntas. **ENVÍE O TRAIGA EL FORMULARIO LLENO A SU OFICINA LOCAL DEL SEGURO SOCIAL. Puede encontrar su oficina local del Seguro Social a través del sitio de internet www.segurosocial.gov. Las oficinas también aparecen en la lista bajo las agencias gubernamentales de los EE. UU. en su directorio telefónico o puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213 y oprima 7 para español (TTY 1-800-325-0778). Puede enviar comentarios sobre este cálculo de tiempo o cualquier otro aspecto de esta recopilación, incluyendo sugerencias para reducir este tiempo a: SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD 21235-6401. Envíe solo los comentarios relacionados con nuestro cálculo de tiempo u otros aspectos de esta recopilación a esta dirección, no el formulario lleno.**