

Instrucciones para utilizar este formulario

Complete este formulario solo si desea que brindemos información o registros acerca de usted, un menor o un adulto legalmente incompetente a una persona o a un grupo (por ejemplo, un médico o una compañía de seguros). Si usted es el padre biológico o adoptivo o un tutor legal, que actúa en nombre de un menor, puede completar este formulario para divulgar solo los registros no médicos del menor. Podemos cobrar una tarifa por brindar información no relacionada con la administración de un programa conforme a la Ley de Seguridad Social.

NOTA: No utilice este formulario para:

- Solicitar la divulgación de registros médicos en nombre de un menor. En su lugar, visite su oficina de Seguridad Social local o comuníquese a nuestro número gratuito, 1-800-772-1213 (TTY-1-800-325-0778), o
- Solicitar información detallada acerca de sus ingresos o su historial laboral. En su lugar, complete y envíe el formulario SSA-7050-F4 por correo. Puede obtener el formulario SSA-7050-F4 en su oficina de Seguridad Social local o en línea en www.ssa.gov/online/ssa-7050.pdf.

Cómo completar este formulario

No aceptaremos este formulario a menos que tenga todo los campos obligatorios completos. Los campos obligatorios se indican con un asterisco (*). Además, no aceptaremos solicitudes generales para "todos los registros" o el "archivo completo". Debe especificar la información que solicita y debe firmar y fechar este formulario. Podemos cobrar una tarifa por divulgar información con otros fines no relacionados con el programa.

- Complete su nombre, fecha de nacimiento y número de seguridad social o el nombre, la fecha de nacimiento y el número de seguridad social de la persona a la cual pertenece la información solicitada.
- Complete el nombre y la dirección de la persona u organización donde desea que enviemos la información solicitada.
- Especifique el motivo por el cual desea que divulguemos la información.
- Marque la casilla junto a los tipos de información que desea que divulguemos, incluidos los rangos de fecha, donde corresponda.
- Usted, el padre o el tutor legal que actúen en nombre de un menor o un adulto legalmente incompetente deben firmar y fechar este formulario y proporcionar un número de teléfono al que se pueda llamar durante el día.
- Si usted no es la persona a la que pertenece la información solicitada, especifique su relación con dicha persona. Podemos solicitarle prueba de su relación.

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

La Sección 205(a) de la Ley de Seguridad Social, y enmiendas, nos autoriza a recopilar la información solicitada en este formulario. Utilizaremos la información que provea para responder a su solicitud de acceso a los registros que mantenemos de usted o para procesar su solicitud de divulgación de sus registros a terceros. No es necesario que proporcione la información solicitada. Su respuesta es voluntaria; sin embargo, no podemos aceptar su solicitud de divulgar información o registros acerca de usted a otra persona u organización sin su consentimiento. Rara vez utilizamos la información provista en este formulario con otro fin que no sea responder a las solicitudes de información de registros de SSA. Sin embargo, la Ley de Privacidad (5 U.S.C. § 552a(b)) nos permite divulgar la información provista en este formulario de acuerdo con los usos habituales aprobados, que incluyen, entre otros, los siguientes:

1. Permitir que una agencia o un tercero asista a Seguridad Social para establecer derechos a beneficios o cobertura de Seguridad Social.
2. Tomar decisiones relacionadas con la elegibilidad en programas de mantenimiento de los ingresos y de salud similares en el nivel Federal, Estatal y local.
3. Cumplir con las leyes Federales que requieren la divulgación de la información de nuestros registros.
4. Facilitar la investigación estadística, la auditoría o las actividades de investigación necesarias para garantizar la integridad de los programas de SSA.

Además, podemos utilizar la información proporcionada por usted para comparar registros por computadora. Los programas de conciliación por computadora comparan nuestros registros con aquellos de las agencias del gobierno Federal, Estatal o local. Utilizamos la información de estos programas de conciliación para establecer o verificar la elegibilidad de una persona para los programas de beneficios administrados o financiados por el Gobierno Federal y para el reembolso de pagos incorrectos o pagos en exceso conforme a estos programas. Hay disponible información adicional relacionada con este formulario, los usos habituales de la información y otros programas de Seguridad Social en nuestro sitio web de Internet, www.socialsecurity.gov, o en su oficina de Seguridad Social local.

DECLARACIÓN DE LA LEY DE REDUCCIÓN DE TRÁMITES

Esta recopilación de información cumple con los requisitos de 44 U.S.C. § 3507, y enmiendas de la sección 2 de la Ley de Reducción de Trámites de 1995. No necesita responder estas preguntas a menos que se muestre un número de control de la Oficina de Gestión y Presupuesto. Estimamos que le llevará 3 minutos leer las instrucciones, reunir los hechos y responder las preguntas. **ENVÍE O LLEVE EL FORMULARIO COMPLETO A SU OFICINA DE SEGURIDAD SOCIAL LOCAL. Puede encontrar su oficina de Seguridad Social local a través del sitio web de SSA en www.socialsecurity.gov. Las oficinas también se detallan en su directorio telefónico o puede llamar al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).** Puede enviar comentarios sobre nuestra estimación de tiempo anterior a: SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD 21235-6401. **Envíe solo comentarios relacionados con nuestra estimación de tiempo a esta dirección, no el formulario completo.**

Debe completar todos los campos obligatorios. No aceptaremos su solicitud a menos que tenga todo los campos obligatorios completos. (**significa que es un campo obligatorio*).

PARA: Administración de seguridad social

***Mi nombre completo**

***Mi fecha de nacimiento
(DD/MM/AAAA)**

***Mi número de Seguridad Social**

Autorizo a la Administración de Seguridad Social a divulgar información o registros sobre mí a:

***NOMBRE DE LA PERSONA U ORGANIZACIÓN:**

***DIRECCIÓN DE LA PERSONA U ORGANIZACIÓN:**

***Deseo que se divulgue esta información porque:** _____

Podemos cobrar una tarifa por divulgar información con otros fines no relacionados con el programa.

***Divulgue la siguiente información seleccionada de la lista a continuación:**

Debe marcar al menos una casilla para especificar los registros que solicita. No aceptaremos solicitudes para "todos los registros" o "mi archivo completo". Además, no divulgaremos registros a menos que incluya los rangos de fecha aplicables cuando se soliciten

1. Número de Seguridad Social
2. Monto del beneficio de Seguridad Social mensual actual
3. Monto del pago de Seguridad de Ingreso Complementario mensual actual
4. Mis montos de beneficios o pagos desde _____ hasta _____
5. Mi cobertura de Medicare desde _____ hasta _____
6. Registros médicos de mi carpeta de reclamos desde _____ hasta _____
Si desea que divulguemos registros médicos de un menor, no utilice este formulario. En su lugar, comuníquese con su oficina de Seguridad Social local.
7. Registros médicos completos de mi carpeta de reclamos
8. Otros registros de mi archivo (**debe especificar los registros que solicita, por ejemplo, informes del médico, solicitudes, decisiones o cuestionarios**)

Soy la persona a la que se aplica la información o el registro solicitado, o el padre o tutor legal de un menor, o el tutor legal de un adulto legalmente incompetente. Declaro bajo pena de perjurio (28 CFR § 16.41(d)(2004)) que he examinado toda la información en este formulario y las declaraciones o formularios que acompañan, y es verdadera y correcta, a mi leal saber y entender. Entiendo que cualquier persona que busque u obtenga, a sabiendas y premeditadamente, acceso a registros acerca de otra persona con falsos pretextos tendrá un castigo de hasta \$5000 de multa. Además, entiendo que debo pagar todas las tarifas aplicables por solicitar información para un fin no relacionado con el programa.

***Firma:** _____ ***Fecha:** _____

***Dirección:** _____

Relación (si no es el sujeto del registro): _____ ***Teléfono durante el día:** _____

El testigo debe firmar este formulario SOLO si la firma anterior es mediante una marca (X). Si firma mediante una marca (X), dos testigos de la firma que conozcan al abajo firmante deben firmar a continuación y proporcionar sus direcciones completas. Escriba el nombre del abajo firmante en letra de imprenta junto a la marca (X) en la línea de firma anterior.

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)